

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- N° 000254

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9995 Société : SI  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. M. M.  
Date de naissance : 11/09/88  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 000254

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
	37	ext. D20		
<b>Montant des soins</b> 300 DH				
<b>Début d'exécution</b> 08/02/22				
<b>Fin d'exécution</b> 08/02/22				
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b> (Détermination du coefficient masticatoire)				
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b>	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>VOLET ADHERENT</b> NOM: _____ Mle _____				
DECLARATION N° W18-380046				
Date de Dépôt: _____ Montant engagé: _____ Nbre de pièces Jointes: _____				
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



W18-380046

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		MRABTI MILEUD
Fonction	Retraité	Phones: 0661 682 100
Mail		MRABTI.M @ 16GMAIL.COM
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient: SOUAD 08/02/22		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age: _____ Date: _____		
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b> Date: 08/02/22		
Montant de la facture: 35,30		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date: _____		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date: _____		
Nombre: AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

N°082041047

# Docteur ASKALLI SAID

Médecin dentiste Spécialiste  
Maladies et chirurgie de la Bouche  
et des dents



الدكتور الصلي سعيد

طبيب جراحى للأسنان  
أمراض وجراحة الفم والأسنان

Nador, le : 08/02/2022

Patient: ELJARROUD

I.N.P : 084024264

PATENTE : 56113472

C.N.S.S : 2039106

ICE : 001894099000055

IF : 87830420

8530

BRUFEN

30

30



DOCTEUR ASKALLI SAID  
Médecin Dentiste Spécialiste  
App. N° 7 - NADOR  
125 Av Youssef Ben Tachfine 2ème Etage  
N.P. 084024264  
Tel 05 36 60 50 00

125 شارع يوسف بن تاشفين الطابق الثاني رقم 7 - الناظور

125, Av Youssef Ben Tachfine 2<sup>ème</sup> étage App. N° 7 - Nador

الهاتف : 0536.60.50.00

البريد الإلكتروني : doctor.askalli@gmail.com

# Docteur ASKALLI SAID

Médecin Dentiste Spécialiste  
Maladies et Chirurgie de la Bouche  
et des dents

125, Av. Youssef Ben Tachfine  
2<sup>ème</sup> étage, App. N°7 - Nador

Tél : 05 36 60 50 00

PATENTE : 56109956

C.N.S.S : 2456880

I.N.P : 084024264

ICE : 001894099000055

IF : 87830420



الدكتور الصقلي سعيد

طبيب جراحي للأسنان

أمراض وجراحة الفم والأسنان

125, شارع يوسف بن تاشفين الطابق الثاني

رقم : 7 - الناظور

الهاتف : 05 36 60 50 00

I.N.P : 084192434

Nador, le 08/02/92 الفاظور، في

Patient : ELTARBOUDI - SOUAD

FACTURE N° 0808222

Je soussigné Dr

Certifie avoir recue la somme de

Trois cent dix-huit

ce jour la nommé (e)

ELTARBOUDI - SOUAD

C.I.N.N°

Pour (37) extraction

La présente Facture est délivrée à l'intéressé (e) pour servir  
et fair valoir ce que de droit

NADOR, LE 08/02/92