

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

## Conditions 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.

## Pharmacie :

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

## Radiologie 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.

## Optique :

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

## Rééducation :

- 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.

## Dentaire :

- 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0036826

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2630**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**HUSSAIN MOHAMMED**

Date de naissance :

**01.07.58**

Adresse :

**ZKAOURA, Rue 05 N° 13 Casab**

Tél. : **06 37 87 28 18**

Total des frais engagés : **350,10**  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur Aggrégé HOUNA ASLY  
Médecine Physique  
091186387

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**06.12.2012**

Nom et prénom du malade :

**HUSSAIN HUSSAIN**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Et de la dentologie**

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 : **06.12.2012**

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : **H. HUSSAIN**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le relâchement des Actes
21/12/22	G	G	160	2022-12-21 Dr. Majda HACHAM
06/12/22	G	G	160	2022-12-06 Dr. Majda HACHAM

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Cachet et signature du Médecin pratiquant la dentition
Dr. Majda HACHAM Bd Dakria Hay Inara Résidence Addamane Doha - Casablanca Tél/Fax : 0522 21 34 92	26/12/22	2022-12-26 Dr. Majda HACHAM
		350,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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 Travaux
Diagramme d'alignement des dents numérotées 1 à 8 pour les maxillaires et 1 à 8 pour les mandibulaires, avec axes D (droite), G (gauche) et B (bas). Les dents sont indiquées par des cercles avec leur numéro et une lettre (P, M, S) si elles sont postérieures, moyennes ou antérieures.				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagramme d'alignement des dents numérotées 1 à 8 pour les maxillaires et 1 à 8 pour les mandibulaires, avec axes D (droite), G (gauche) et B (bas). Les dents sont indiquées par des cercles avec leur numéro et une lettre (P, M, S) si elles sont postérieures, moyennes ou antérieures.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

06/12/2022

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

Hôpital Al Mad

26.8.00

11

Arloxia 90

1cp/1j

(M + 14)

8.8.00

21

Bac 6

1gell/j



T = 350  
Pharmacie Al Mad  
Dr. Maita HACHAMI  
Bd. Dakha Hay Casablanca  
Addamane Doha - Casablanca  
Tel / Fax : 0522 21 34 99



Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant International Mohammed VI  
Médecine ASLY Mouna  
Médecine Physique

091186387



3881

6

118001 160051