

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : 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

N° W21-774355

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9322 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FAKHREDDINE RAHID  
 Date de naissance : 04.05.1972  
 Adresse : 80, Bd Sidi Abderrahmane Apt 52  
 Tél. : 0663400685 Total des frais engagés : 1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.01.2023  
 Nom et prénom du malade : FAKHREDDINE RAHID Age : 50  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : S. dentaire  
 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 : CASABLANCA Le : 10/01/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-774355

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 : 9322  
 Nom de l'adhérent(e) : FAKHREDDINE RAHID  
 Total des frais engagés : 1200  
 Date de dépôt :



[illegible][illegible]

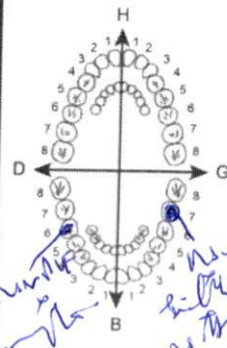
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

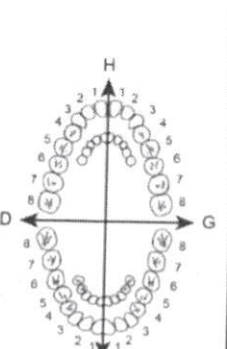
[illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 09 40 15 04 7
	32	new RHF	2	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	-	schéma	2	
	~	new RHF	2	MONTANTS DES SOINS # 1200 011
	~	~	2	
	~	correction	20	DEBUT D'EXECUTION 03/01/23
	46	new RHF	2	
	~	~	20	FIN D'EXECUTION 10/01/23
	~	~	~	
	~	~	~	
	~	~	~	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2">G</td></tr><tr><td>D</td><td>B</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	B																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

MECHALA  
dentiste  
logique

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRINCIPAL ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRACIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Aziz Mechaïa

Chirurgien Dentiste

Orthodontiste - Implantologue

الدكتور عزيز مشياح

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في زرع وتقويم إعوجاج الأسنان

Casablanca, le 10/01/23

ILF : 0016 0086 30 000 93

INF : 31 80 0052

Autre lieu : FAKHREDDINE MAUTIO.

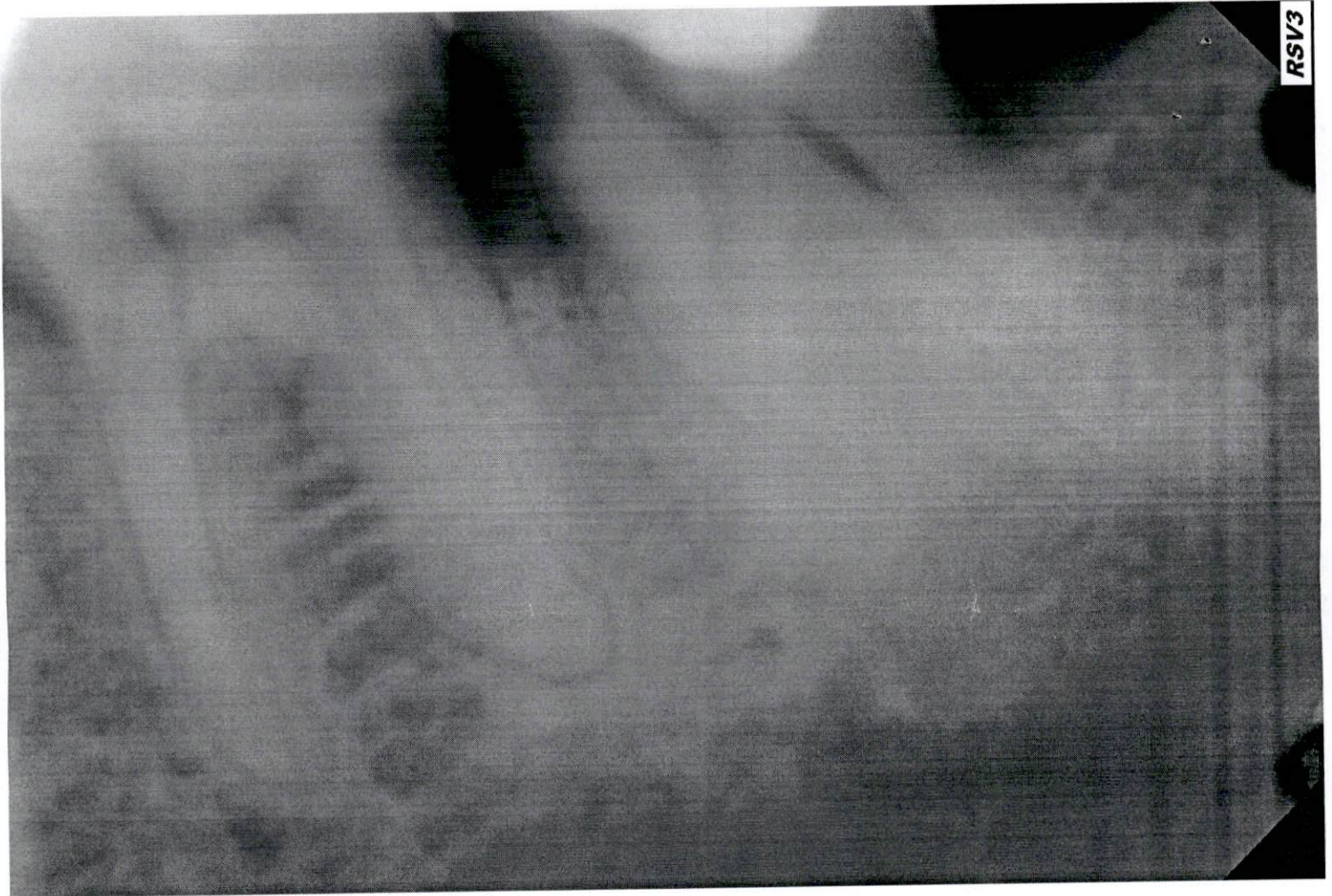
Les dates : 12/01/23

amiter la liste future à la suite

de ville dans et

Dr. Aziz MECHAIA  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste - Implantologue  
Casablanca  
Tél: 05 22 60 80 77

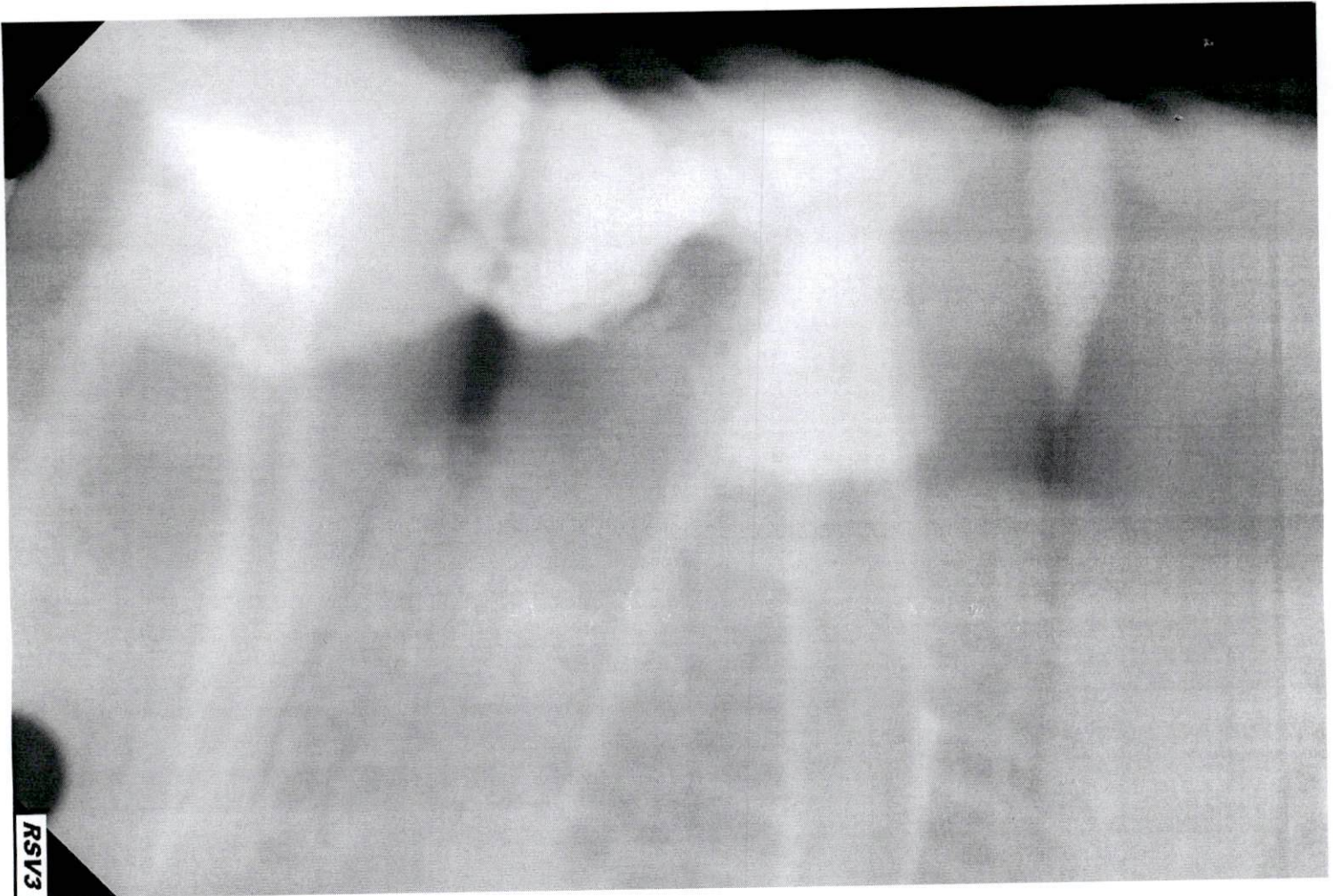




Date de prise du cliché : 04/01/2023

Dents : 37

Commentaires :

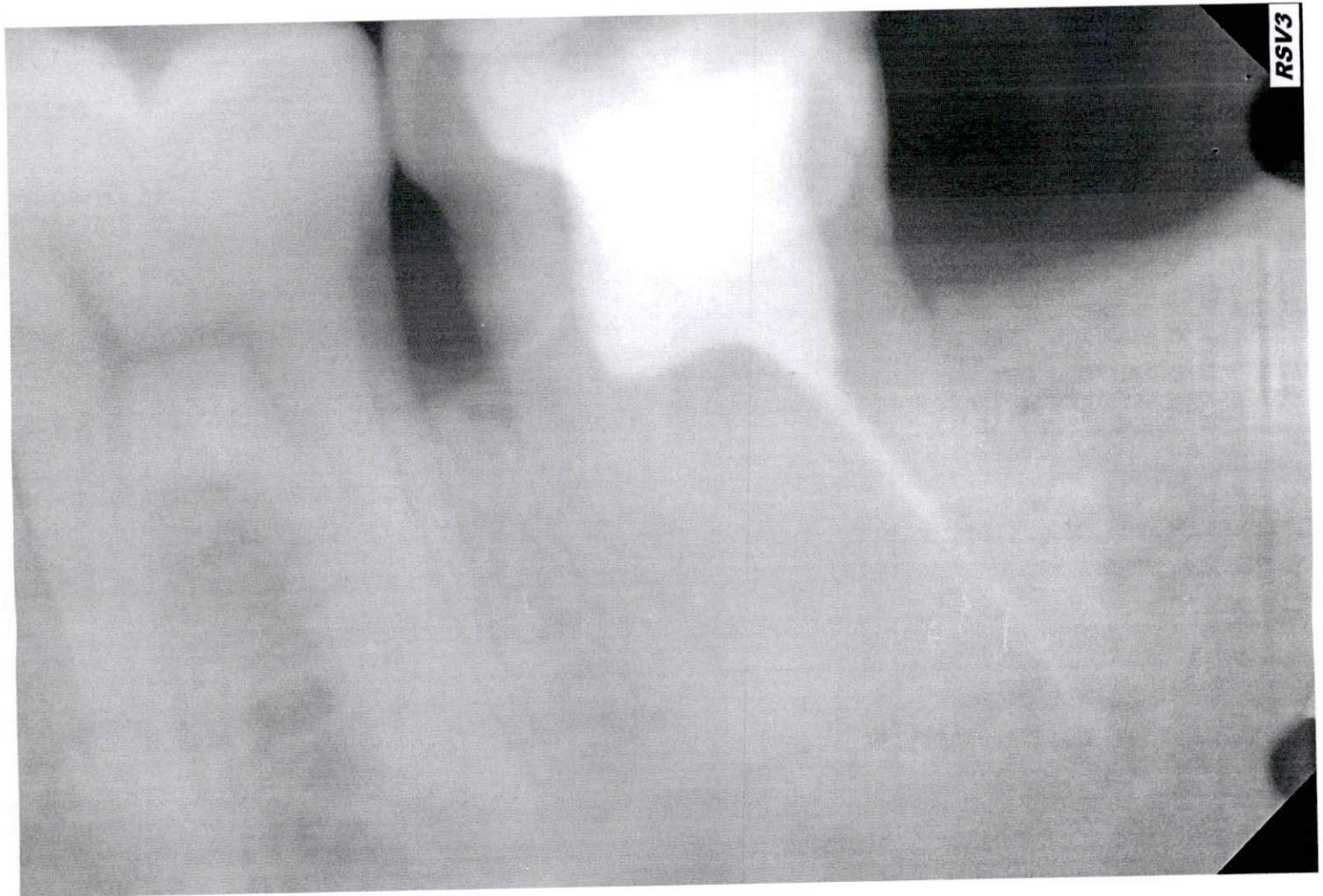


Date de prise du cliché : 04/01/2023

Dents : 46

Commentaires :





Date de prise du cliché : 04/01/2023

Dents : 37

Commentaires :