

## 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

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ 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° M21- 1052474

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0350 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LOUZI Mohamed  
Date de naissance : 01/01/1941  
Adresse : 21130 HAY ELHANA Rue 35 CAGA-  
Tél. 0669907636 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 10/02/2023  
Nom et prénom du malade : Imane Khadji Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : CAGA Le : 10/02/2023  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                    |
| 10/10/2023                     |                   | 16                    | 400 DH                          |  |
| 22/02/2023                     |                   | 16                    | Contrôle                        |                                                                                   |

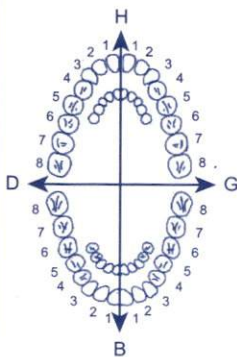
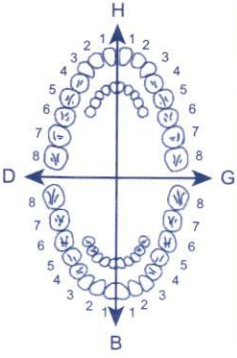
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

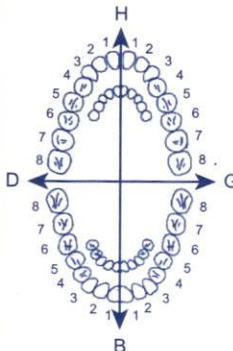
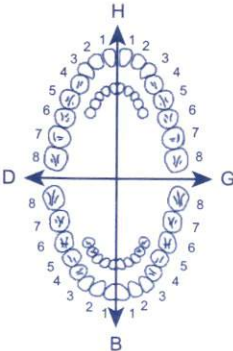
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H                                                                                                                                                                                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21433552            |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | G                   |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11433553            |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

| SOINS DENTAIRES                                                                      |  | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
|   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                            |                      |
|  |  | <div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>G</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>B</div></div> |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     | <input type="text"/> |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                            |                      |
|                                                                                      |  | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>                                                                                                                                                                 |                     |             |                            |                      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION