

# 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

- Reclamation : 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'Ir-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

M23-011047

169762

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AMIN ABDENB  
 Date de naissance : 3 8 1963  
 Adresse : habri Kuelle  
 Tél. : Total des frais engagés : 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. CHAHBI Mohammed  
 Ophtalmologiste  
 544, bd. panoramique, casablanca  
 Casablanca Maroc  
 05 22 29 66 67 / 05 22 50 15 15  
 Date de consultation : 26/06/2023  
 Nom et prénom du malade : AMIN MERUEN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : Casablanca Le 17/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019



[illegible][illegible][illegible]

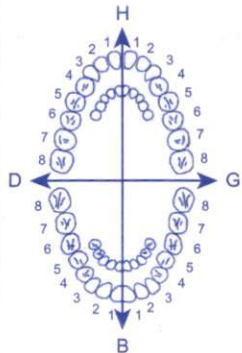
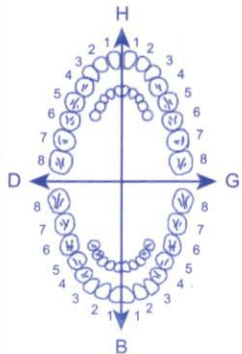
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

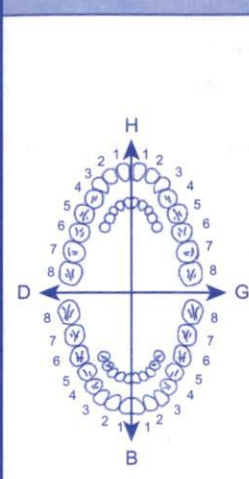
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

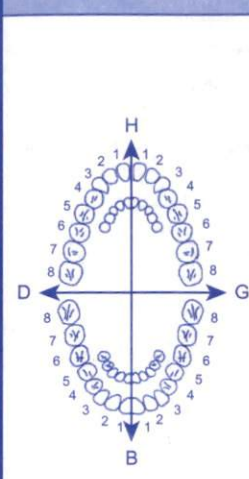
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																				
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Coefficient DES TRAVAUX</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>MONTANTS DES SOINS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DEBUT D'EXECUTION</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>FIN D'EXECUTION</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Coefficient DES TRAVAUX</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>G</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>MONTANTS DES SOINS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE DU DEVIS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE DE L'EXECUTION</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>G</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div>				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>MONTANTS DES SOINS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE DU DEVIS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE DE L'EXECUTION</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>												
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>G</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>																																				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div>																																						
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																						
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>MONTANTS DES SOINS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE DU DEVIS</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE DE L'EXECUTION</span> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>																																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION