

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

5262

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

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) : .....



# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					<b>Coefficient des travaux</b>
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																																																																					
		<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>GAUCHE</td> <td>22</td> <td>HAUT</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>13</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>15</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>29</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>38</td> <td>37</td> <td>36</td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>45</td> <td>35</td> <td>34</td> <td>33</td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>43</td> <td>32</td> <td>31</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>41</td> <td>39</td> <td>38</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>39</td> <td>36</td> <td>35</td> <td>34</td> <td></td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>40</td> <td>33</td> <td>32</td> <td>31</td> <td></td> </tr> </table>			DROITE	11 21	GAUCHE	22	HAUT	G	12	13	23	24	25		14	15	26	27	28		16	17	29				18						48	47	38	37	36		46	45	35	34	33		44	43	32	31	30		42	41	39	38	37		40	39	36	35	34		41	40	33	32	31		
DROITE	11 21	GAUCHE	22	HAUT	G																																																																		
12	13	23	24	25																																																																			
14	15	26	27	28																																																																			
16	17	29																																																																					
18																																																																							
48	47	38	37	36																																																																			
46	45	35	34	33																																																																			
44	43	32	31	30																																																																			
42	41	39	38	37																																																																			
40	39	36	35	34																																																																			
41	40	33	32	31																																																																			
		D	25533412 00000000	H	21433552 00000000																																																																		
		D	00000000	G	00000000																																																																		
		D	35533411	G	11433553																																																																		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																					

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM : <u>FASKANI Naim</u>	Mme 5262
DECLARATION N°	P 14 / 0008271	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
16/11/2024	3000 DHS	
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		

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

P 14 / 0008271

DATE DE DEPOT

/ ..... / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 5262

Nom & Prénom : FASKANI Naim

Signature de  
l'adhérent

Fonction : \_\_\_\_\_

Phone : 661185041

Mail : FASKANI.naim@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

Date 1ère visite : \_\_\_\_\_

nouvel essor

15/11/2024

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

NON

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C3</u> <u>orthodontie</u>	<u>C3</u>	<u>300</u>

PHARMACIE

Date : \_\_\_\_\_

Montant de la facture : \_\_\_\_\_

Signature et  
cachet du  
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : \_\_\_\_\_

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : \_\_\_\_\_

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

*Dr. Mérini Abderrazak  
Chirurgien Orthodontiste et Traumatologue  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) Casablanca  
Place Charles Nicolle 1009, 16. INPB: 09118394  
661 0522009916. Médecin*