

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

AS : 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

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-825644

186254

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12320 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AOUNI MOUHCINE			
Date de naissance : 19 NOV 1983			
Adresse : 535 CG-1 CASA GREEN TAWH Douskoura			
Tél. : 0662041321 Total des frais engagés : 5000,00 DHS			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/23

Nom et prénom du malade : EP AOUNI MOUHCINE

Lien de parenté :  Soi-même  Conjoint

Nature de la maladie :  Des Prothèses

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme de code 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) : \_\_\_\_\_

KADRI YASSINI Hanan  
 DOCTEUR  
 Membre de l'Ordre des Médecins de Casablanca  
 N° 07/0001  
 Date de délivrance : 07/06/2017  
 Date d'expiration : 07/06/2022

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-825644

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



**KADRI HASSANI** Haman'  
Chirurgien Dentiste Orthodontist  
62, Moulay Doss 1 er - Casablanca.  
Tel : 0522 85 51 72

**VOLET ADHERENT**

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :													
				COEFFICIENT DES TRAVAILX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													
<b>D.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>28833412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	28833412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	28833412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Devis</i></p> <p><i>47 OVERLAY</i></p> <p><i>Centig</i></p>		<p><i>KADIR HASSAN Hanafi</i> Chirurgien Dentiste et Prothodontiste 22, Moulay Driss Tél : 0522 85 57 83</p>															
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p><i>KADIR HASSAN Hanafi</i> Chirurgien Dentiste et Prothodontiste 22, Moulay Driss Tél : 0522 85 57 83</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>															