

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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**

Réclamation : 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 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



**Déclaration de Maladie**  
**Nº P19-0033153**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 530 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : MATIAR Mine

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 : MATIAR Mine ..... 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.

18 SEP 2019

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) : ACCUEIL

## **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie **Nº P19-033153**

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412   21433552		
	D	00000000   00000000	G		
		35533411   11433553			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

MUPRAS		W18-397479	DATE DE DEPOT dd/mm/2010	
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc				
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 530		
Nom & Prénom : MATIAR MINA				
Fonction :		Phones :		
Mail :				
MEDECIN		Prénom du patient : MATIAR MINA		
<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Age :	Date :	
Nature de la maladie			Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date :		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
RV bandoulière Zolc		Dr Fouad AMERRAKI Chirurgien Dentiste CLINIQUE DENTAIRE LA COLLINE 441, La Colline, California Casablanca Tél. 0522 21 11 34 / 05 22 78 44 4		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le .....

26/09/2019

## Note d'honoraires

MATIAR MINA

ACTES	Dent(s)	Montant
PANORAMIQUE		300
	TOTAL	300,00 DH

Dr Fouad AHERRAKI  
Chirurgien Dentiste  
Clinique Dentaire LA COLLINE  
441, La Colline, Californie Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96/ 05 22 78 44 44

patente : 36167729 / Identification fiscal : 18779511 / N° d'Afiliation : 4816205 / N°ICE 001707986000021

# CLINIQUE DENTAIRE LA COLLINE



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le 26/7/13



Matiar Mina

Assid Maârouf - Casablanca (à côté de mon siège)

Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44 - E-mail : info@cdlc.ma - Site Web : www.cdlc.ma

Clinique Dentaire La Colline



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le 26/7/13.

## MATIAR MINA

64,10

*notices perdues*

1. Aximycine (1g)  
2cp/jr pdt 7jrs
2. Codoliprane  
3cp/jr pdt 3 à 4 jrs

Dr Fouad AHERRAKI  
Chirurgien Dentiste  
CLINIQUE DENTAIRE LA COLLINE  
441 La Colline, Sidi Mâarouf Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44