

# 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.

## 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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.

**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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0031042

Enjoint  
Invek

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0624 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARCHI TAATI

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661061830 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 :

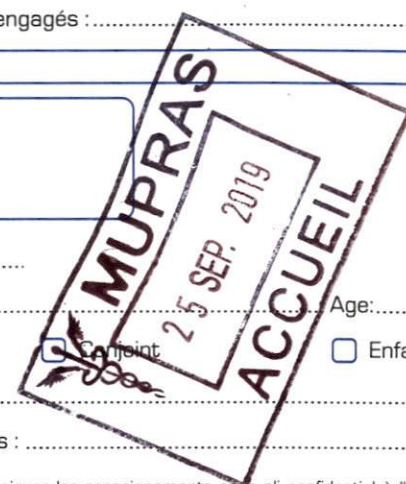
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
	46	cp(38)	2,5	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text" value="2,5"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text" value="400,00"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text" value="26/08/19"/>																			
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
H		G																					
25533412	21433552	00000000	00000000																				
00000000	00000000	00000000	00000000																				
00000000	00000000	00000000	00000000																				
35533411	11433553																						
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>				<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>																			

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 17/050432</b>				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 17/050432

DATE DE DEPOT  
/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 0624	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			HABCHI Maah	
Fonction		Retraite	Phones 0661061830	
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			HABCHI SAMAN
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	Date 26/08/19
Nature de la maladie				Date 1ère visite
DENTAIRE				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE	Date			Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				Date
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				CACHET
AM	PC	IM	IV	

Dr. Mohammed JERRAR  
Médecin Dentiste

Inscription ordinale N° 1355  
INPE 94010667



الدكتور محمد جرار  
طبيب أسنان

Casablanca, le ..... 26 Aout 201..... في الدار البيضاء،

Note d'honoraires

Nom de la patiente : Mlle HABCHI SANAA

Traitement effectué :

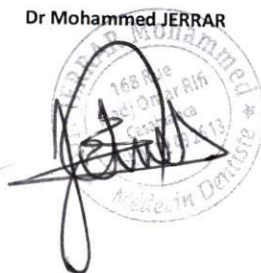
- Obturation au composite sur la dent 46: 400,00dh

Total : 400,00dh

Arrêté à la présente note la somme de quatre cent dirhams.

BPR  
D10  
K

Dr Mohammed JERRAR



- 168, Av Hadj Omar Riffi / Casablanca - Tél : 0522- 49-26-13  
ICE : 001751889000077 / Patente : 34306988 / CNSS 6003777