

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



N° 6969

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0008953

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité anticipé  
Nom & Prénom : MEGGUEN MOHAMED Date de naissance : 25/10/1961  
Adresse : Résidence ANNAJD Imb. 23 Apr 242 Cte plateau Casa  
Tél. : 0661514819 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Adil HOUEB  
Chirurgien Dentiste  
21, Bd. ...  
Tél. : 05 22 23 ...

Date de consultation : 24/9/19  
Nom et prénom du malade : M. MEGGUEN MOHAMED  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Détailage  
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 : 22/9/19  
Signature de l'adhérent(e) :

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**Dr. Adil HOUEM**

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la Faculté de Médecine

Dentaire de Casablanca

- Diplômé des Centres Internationaux

des Sciences et Cliniques

Orthodontiques (Brest)

الدركتور عادل حوهم

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية طب للأسنان بالبيضاء

خريج المراكز الدولية لعلوم وإكلتيكيا

تقويم إعوجاج الأسنان بريست

Casablanca le 24/9/19

Facture de N° NEVOUEN N° 1000000

soins dentaire

Detartrage D12.

total 500dh

(cinq cents dirhams)

Cabinet de Chirurgie Dentaire et d'Orthodontie

**Dr. Adil HOUEM**

Chirurgien Dentiste

21, Bd Bir Anzarane - Casablanca - Casa

Tel: 0522 25 85 78 - Fax: 0522 93 01 04

21 شارع بئر أنزاران الطابق الثاني أمام بريد المغرب فوق مقهى المحيط المعاريف الدار البيضاء

adil\_houem@hotmail.com : البريد الإلكتروني

0522 25 85 78

هاتف

21, Bd Bir Anzarane Maârif 2ème Etage en face de la poste ( au dessus café l'océan ) - Casablanca

Tél.: 0522 25 85 78 - E-mail.: adil\_houem@hotmail.com