

# 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 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



# MUPRAS

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

DIREM CA

N°D: 14548

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016922

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : QUADI Abdelkebir Date de naissance : 17-03-67  
Adresse :  
Tél. : 0661335681 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2019  
Nom et prénom du malade : QUADI KEVZA Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Soins Dentaires  
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 : CASA Le : 14/12/19  
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 :**

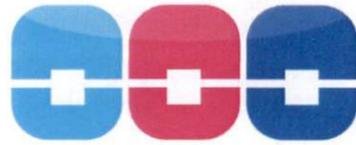
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		(36) Composite D	10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">D<sub>10</sub></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">3000Dt</span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">22/09/19</span>
				FIN D'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">30/09/19</span>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> </span>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> </span>														
		DATE DU DEVIS <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> </span>														
		DATE DE L'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> </span>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة متعددة الإختصاصات لطب وجراحة الأسنان  
CABINET DE GROUPE DE CHIRURGIE DENTAIRE

# ORDONNANCE

Date : 30/09/19

## Note D'honoraires(50)

Nom du patient OUADI KENZA

INPE : 094167566 ICE : 001690060000090 IF : 40168861

date	Position des dents	Nature des travaux	Coefficient	Montant honoraires
30/09/19	(36)	Composite	D10	300.00dhs

Espèces 9

Chèque

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cent dirhams.

Dr Awatif ZAKI ZIRAOU  
Orthodontiste  
836, Bd Al Qods 2<sup>ème</sup> Etage Mandarona  
Casablanca - Tél : +212 5 22 21 35 66

836, Boulevard El Kods  
2ème Etage Mandarona  
CASABLANCA  
Tél : +212 5 22 21 35 66  
Mail : awazira@yahoo.fr