

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## 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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0046390

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2331 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARAH ABDELAZIZ  
Date de naissance : 10/7/54  
Adresse : BD EL QUDS Résidence ENNAKHIL  
i.m. n° 1 B.N. CHOCK  
Tél. : 0662473354 Total des frais engagés : 15338 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ECHCHADI Kaoutar  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
490, Bd Alqods - Casablanca

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : EL AGAMI Lalla Fatima Age: 31/05/57  
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) :



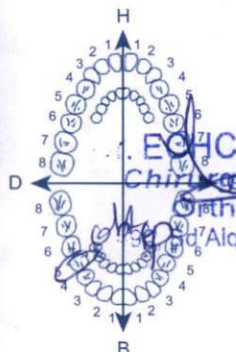
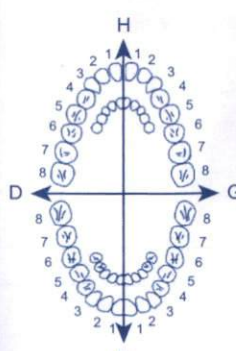


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
	45	orthop	10																
<p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Debut d'Execution</p> <p>Fin d'Execution</p>																			
<p>30900</p> <p>16/10/19</p> <p>28/10/19</p>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	B			
H		G																	
25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	35533411	00000000	11433553																
B																			
<p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Date du Devis</p> <p>Date de l'Execution</p>																			
																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

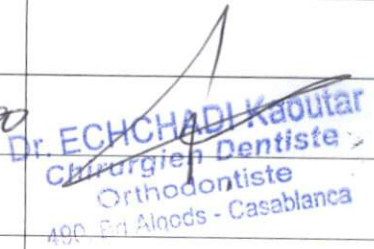
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ECHCHADI Kaoutar  
CHIRURGIEN DENTISTE  
490 ETAGE 1 Bd Al Qods – Casablanca  
Tél : 0522873187

NUMERO PATENTE : 34022902  
ICE : 001897404000060  
IDENTIFIANT FISCAL : 20746346  
INPE : 094180650  
CNSS : 5525178

## FACTURE :

Nom du patient : EL ALAMI LALLA FATIMA Casablanca le : 28/10/2019

Date	Dents traitées	Actes réalisés	Valeur clé	Montant facturé	Cachet du médecin
28/10/19	(45)	opi. cp	1 <sup>er</sup>	309,00	

Montant global	300,00 DH
Mode de paiement	espèce

Signature du médecin :

  
Dr. ECHCHADI Kaoutar  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
490 Bd Alqods - Casablanca