

## 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

- Reclamation : [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)

La 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-514839

W0-17542

MSR  
DCC  
RAD

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8979 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMLAH ABDELHALIM.

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 :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-514839

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient										
		Rx. para 2.15	2.15										
				Montant des soins 200,00									
				Début d'exécution									
				Fin d'exécution 24/06/19									
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
			Montant des soins										
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession			Date du devis										
			Fin de										
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Dr. EL BOURY Chakib Chirurgien Dentiste Résidence Nada Angle Bd. El Qods et Rue Abdou Karim El Kadiri Sidi Maarouf Casablanca Tél : 05 22 46 58 27											
VOLET ADHERENT													
DECLARATION N°		W18-390352											
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-390352	DATE DE DEPOT 29/06/2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 89 79	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom LAHLAGI Abdelhak		Phon. 0661322370	Signature de l'adhérent
Fonction : CD B		Mail : lahlagi.hakim@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient Youssef	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age 12 Ans	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Signature et cachet du médecin	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date 25/06/19	
Montant de la facture		262,50	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	CACHET
AM	PC	IM	IV



DOCTEUR EL BOURY CHAKIB  
CHIRURGIE DENTAIRE - ORTHODONTIE  
IMPLANTOLOGIE - DENTISTERIE ESTHETIQUE  
RADIOLOGIE NUMERIQUE  
DIPLOME DE FRANCE ET DU CANADA  
1 Angle Bd El Qods  
et Rue Abou Bakr El Kadiri  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 68 27

LAHLALI YOUSSEF



1 ANGLE BD AL QODS ET ABOU BAKR EL KADIRI - RESIDENCE COLLABORATION - SIDI MAAROUF 20270  
CASABLANCA TEL : 0522 78 68 27 - 06 84 64 56 70 EMAIL : elbourychakib@hotmail.com