

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

**Conditions générales :**

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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'entête prélaqué 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 clinique.
- 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.
- Les échats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur.

**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'entête prélaqué renseigné par le médecin prescripteur est exigé 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 canalaire, l'accord prélaqué renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avec le début du traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- Le radiogramme soin est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

**Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

**Adresses Mails utiles**

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pie@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le MUPRAS garantit le respect de la loi n° 78-07 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alali Ben Abdallah - Siège Basse Angle Rue Mohamed Fair et Rue Alali Ben Abdallah - Quartier de l'Industrie - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 29 78 18 - www.mupras.com

**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévostage  
et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**  
W21-846903

**199352**

**Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019**

**Maladie**       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)       199352      Société : \_\_\_\_\_

Adh'z       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : TOLME HAKIM

Date de naissance : 13/03/1989

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : 05.22.13.11.21      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Soi-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

Altération longue durée ou chronique :  ALD       ALC      Pathologie : \_\_\_\_\_

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Dans le cas où le malade 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 : 13/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

**VOLET ADHÉRENT**

W21-846903

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricole : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE 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.



**CASA  
CITY  
SMILE**  
DENTAL CLINIC

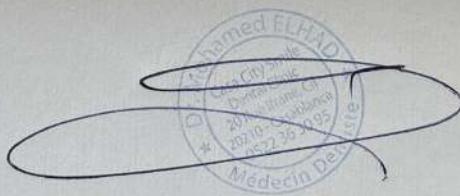
Casablanca, le 18/03/2024

*Compte rendu radiologique*

Nom : TOUMI

Prénom : Hakim

Date de Naissance : 13/09/1989 → Age : 34 ans et 6 mois



---

📞 +212 (5) 22 36 30 95 / +212(5) 22 36 09 04 📲 +212(6) 61 18 80 18 📩 elhad@casacitysmile.com

🌐 [www.casacitysmile.com](http://www.casacitysmile.com)📍 20 Rue Ifrane, Cil 20 210 - Casablanca