

## 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 |

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.

N° W19-504117  
13692

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

946

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

chafik

FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0658033816

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

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) :

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

| SOINS DENTAIRES                                   |   | Dents Traitées                            | Nature des soins   | Coefficient                                       |  |
|---|---|---|--|---|--|
| DROITE  | 12 21 22 23 24 25 26 27 28 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 |   |  |   | <b>Coefficient des travaux</b><br><br><input type="text"/> |
| HAUT  | 13 14 15 16 17 18   |   |  |   | <b>Montant des soins</b><br><br><input type="text"/>       |
| BAS   | 31 32 33 34 35 36 37 38   |   |  |   | <b>Début d'exécution</b><br><br><input type="text"/>       |
|   |   |   |  |   | <b>Fin d'exécution</b><br><br><input type="text"/>         |
| <b>O.D.F.<br/>Prothèses dentaires</b>             |   | Détermination du coefficient masticatoire |  |   | <b>Coefficient des travaux</b><br><br><input type="text"/> |
| DROITE  | 12 21 22 23 24 25 26 27 28 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 | D   | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | <b>Montant des soins</b><br><br><input type="text"/>       |
| HAUT  | 13 14 15 16 17 18   |   |  |   | <b>Date du devis</b><br><br><input type="text"/>           |
| BAS   | 31 32 33 34 35 36 37 38   |   | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   | <b>Fin d'exécution</b><br><br><input type="text"/>         |
| Visa et cachet du praticien<br>attestant le devis |   |   | Visa et cachet du praticien<br>attestant l'exécution                                     |   |  |

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  | NOM :                 | Mme  |
| DECLARATION N°   | <b>P 17 / ) 46565</b> |  MUPRAS<br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>du Royal Air Maroc |
| Date de Dépôt  | Montant engagé        | Nbre de pièces Jointes   |
|  |                       |  |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>  |                       |  |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                       |  |



P17 / 046565

**DATE DE DEPOT**

|   |  |                                 |           |                                 |
|---|--|---------------------------------|-----------|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |  | Mme                             |           |                                 |
| Nom & Prénom .....<br>Chafik fatima 8 9 h 6 2     |  | Signature de l'adherent         |           |                                 |
| Fonction .....                                    | Phones 06, 58, 03, 38, 16                    |                                 |           |                                 |
| Mail .....  |  |                                 |           |                                 |
| <b>MEDECIN</b>                                    | Prénom du patient .....                      |                                 |           |                                 |
| Adhérent <input type="checkbox"/>                 | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age ..... |                                 |
| Nature de la maladie                              |  | Date 1ère visite .....          |           |                                 |
| HTA   |  | 19 DEC. 2019                    |           |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |  |                                 |           |                                 |
| HTA   |  |                                 |           |                                 |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient                          | Montant détaillé des honoraires |           |                                 |
| 5 + ECC   | 1  | 300, n                          |           |                                 |
| <b>PHARMACIE</b>                                  |  | Date 19/12/19                   |           |                                 |
| Montant de la facture                             |  | 1089, 00                        |           |                                 |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date .....               |  |                                 |           |                                 |
| Désignation des Coefficients                      | Montant détaillé des Honoraires              |                                 |           |                                 |
| CACHET  |  |                                 |           |                                 |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>                       |  | Date .....                      |           |                                 |
| Nombre  |  |                                 |           | Montant détaillé des Honoraires |
| AM  | PC   | IM                              | IV        |                                 |
|   |  |                                 |           | CACHET                          |

# Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

Marrakech, le ..... مراكش، في .....  
jeudi 19 décembre 2019

Mme CHAFIQ FATIMA

~~165~~ ~~16~~ 1 - ATACAND 16



1 cp à 21 H

QSP SIX MOIS

~~96~~ 2 - BELMAZOL 20



1 gel. au coucher

~~1089,00~~

صيدلية المروجنة  
PHARMACY MELHOUJNA  
BL. Maâzouzine 10000 Sidi Sââdeh  
Tunis. A. 911 22 22 46  
Tun. 02 22 22 22 46

الدكتور الباجي خالد  
Dr. Khalid BAJI  
183 Av. Mohamed V - Guéliz Marrakech  
Marrakech Tel. 05 24 43 88 18

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir brou al aquam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir brou al aquam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir brou al aquam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir brou al aquam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir brou al aquam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir brou al aquam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

LOT : 96,00  
EXP :  
PPV :