

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

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.

## ntaire :

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.

N° P19- 066996

N° D: 34784.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00429

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Time Berrada,

Ben Hayoun Tounia

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 : ..... 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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-066996

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 : .....

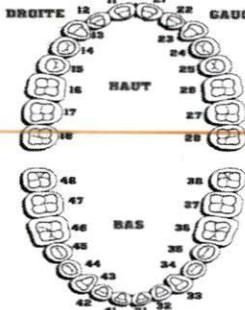
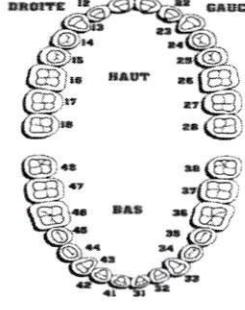
Date de dépôt : .....

# 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>
					
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : _____			
DECLARATION N°		W15-052294			
Date de Dépot	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					



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

W15-052294

**DATE DE DEPOT**

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT **Mle**

Nom & Prénom *BEN HAYOUNI Kamil*

Fonction : ..... Phones : .....

Mail : .....

**MEDECIN**

Prénom du patient .....

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date 1ère visite

*Transfusion simple de grena*  
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	C+G	7120,00f

**PHARMACIE**

Date ... 2/3/20

Montant de la facture

127,30

**PHARMACIE MOHAMMADIA**  
Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tel. 05 24 30 28 78

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date : .....

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. KABBAJ Mohamed El Houssaine

Médecine Générale

الدكتور القباج محمد الحسين

طب العام

PHARMACIE MOHAMMADIA  
N° 100 Av. Palestine DEBBAUGH A.  
Tél : 05 24 30 28 78 Marrakech

Marrakech, le :

213 pladac مراكش

لهم الله

لهم الله

لهم الله

لهم الله

Lauantol too

SW

Zay Zay

Wlta mne SW

Bunqal

60,00

Zay Zay

SW

Auler lo (m 14)

52,80

Zay Zay

127,30

شارع فلسطين، رقم 10 الحي المحمدي التقدم - مراكش

Av. Palestine, N° 10 Hay El Mohammadi Takadoum - Marrakech

Tél. : 05 24 33 29 27 - GSM : 06 59 91 69 64

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT:19113  
PER:03/2022  
PPU:52,80 DH



LOT: M0355  
EXP: MAI 2022  
PPV: 60,00 DH