

# 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.

## Biologie 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.

## Prothétique :

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- 059090

ND: 35423

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1540 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661664534 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 : .....

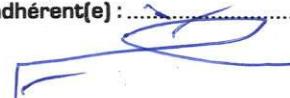
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

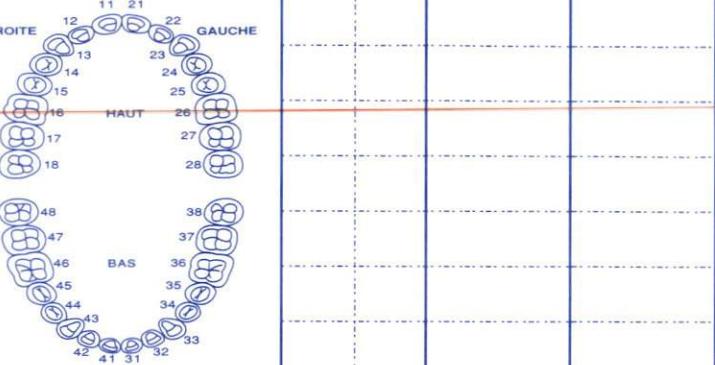


# SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

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																																													
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div>																																												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">DROITE</td> <td style="text-align: center;">11 21</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HAUT</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td style="text-align: center;">37</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">33</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">41 31</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">30</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DROITE	11 21	22	GAUCHE	12	13	23	24	14	15	25	26	16	17	27	28	18				HAUT				48	47	38	37	46	45	36	35	44	43	34	33	42	41 31	32	30	BAS			
DROITE	11 21	22	GAUCHE																																														
12	13	23	24																																														
14	15	25	26																																														
16	17	27	28																																														
18																																																	
HAUT																																																	
48	47	38	37																																														
46	45	36	35																																														
44	43	34	33																																														
42	41 31	32	30																																														
BAS																																																	
		D	H	G																																													
		25533412	21433552	00000000																																													
		00000000	00000000	00000000																																													
		00000000	00000000	35533411	11433553																																												
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date du devis</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div>																																															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																															

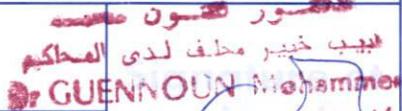
VOLET ADHERENT	NOM :	CHERRAT El Housseine		Mle 1540
DECLARATION N°		P 14/0028586		 <small>Mutuelle de Prévoyance &amp; d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
	951 D.H	1		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 14 / 28586

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1540		
Nom & Prénom :		CHERRAT EL HOUSSINE		
Fonction :		RETRAITÉ	Phones 06.01.66.45.34	
Mail :		mouscherrat@icloud.com		
MEDECIN		Prénom du patient		Cherif El Houssine
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent		<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age 81
Nature de la maladie		Date 14 MAI 2020		
		Date 1ère visite		
H.B.P.				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
			<b>Dr GUENNOUN Mohammed</b> <b>Me decin Expert Assermenté</b> <b>Auprès Les Tribunaux</b> <b>150 D.H. T.T. 28. 99. 75</b>	
PHARMACIE		Date 14/05/2020		
		Montant de la facture		
		801.00 HT		
				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
				
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
		Nombre		
AM	PC	IM	IV	
CACHET				

eur Haj GUENNOUN Mohamed  
MEDECINE GENERALE  
EXPERT ASSEMENTÉ  
ECHOGRAPHIE

الدكتور الحاج گنون محمد  
الطب العام  
خبير محلق  
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 16 MAI 2020 ..... الدار البيضاء في :

AF CHERRAT EL HOUSSEINE

Xatral 100 mg / 3 x trois -ois (03mg)  
267.00  
X3  
801.00 DT

دكتور گنون محمد  
طبيب خبير محلق لدى المحاكم  
Dr GUENNOUN Mohamed  
Médecin Expert Assermenté  
Auprès Los Tribunaux  
Tél: 28. 99. 73

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél: 052.23.51.00 - 052.22.99.47.20

96, زنقة وليلي - حي العيون - درب السلطان - الدار البيضاء  
96, Rue Walili - Hay Laâyoun Derb Soltan - Casablanca  
Tél. : C. : 05.22.28.99.79 / D. : 05.22.61.85.40 - GSM : 06.61.15.56.19