

# 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.

## Education :

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.

## Chirurgie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le radio-après soins 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 tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Information	: contact@mupras.com
en charge	: pec@mupras.com
ion 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 personnelles.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 059511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : CHA...dyaman

Société : 9913

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-03-72-98-93

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 : ..... / ..... / .....

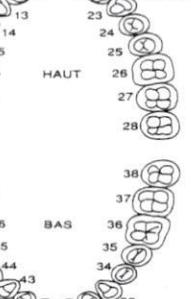
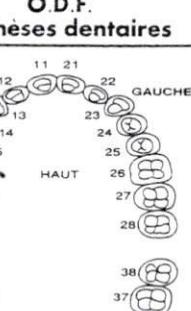
Signature de l'adhérent(e) :

## **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
		00000000 35533411	00000000 11433553	<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>
		<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>

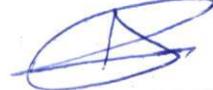
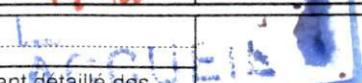
<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mme
DECLARATION N° <b>P 17 / 44410</b>		<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois</b> est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les stificatifs exigés par la Mutuelle		



P17 / 044410

**DATE DE DEPOT**

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2913.		
Nom & Prénom Chadi d Lyamani				
Fonction	Phones			
Mail 06.03.73.93.93				
MEDECIN	Prénom du patient HARROU. Naïma			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 07/08/1958 Date 07/07/2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>homme des jambes + fièvre + hématurie</i> <i>médecin</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
2		15000		
PHARMACIE	Date 07/07/2020			
Montant de la facture		1370.50		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
	 <span style="color: red;">12.001.2020</span>			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date				
Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV	



le 07/07/2022

T<sub>4</sub> HARROU NA17A

126.30 x 3

1) Ang mu tu 1851 2Bts.  
g 81 c 3g

133.60 x 6

2) Bonneuse 100-50g 6  
2 cps - 2g

95.00 x 2

3) Nemflex un gel 72  
1app x 3g

T = 1370.50

الدكتور محمد عتيق  
خبير متحفظ لدى المحاكم  
حي مولاي عبد الله، شارع الخليل، الرنقة 132، رقم 6، عنzen الشق  
الرقم 54عن شقة - 132  
المدارس العسكرية  
الدار البيضاء  
الدار البيضاء  
0522 21 85 03

حي مولاي عبدالله، شارع الخليل، الرنقة 132، رقم 6، عنzen الشق  
05 22 50 84 03 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 85 11 - الفاكس : 05 22 50 84 03

Hay My Abdellah, Bd. Al Khalil, Rue 132 N° 6 - Ain Chock  
20480 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 05 22 50 84 03

133,60

133,60

133,60

133,60

133,60

133,60

PPV: 126,30 DH  
LOT: 623070  
PER: 05/21

PPV: 126,30 DH  
LOT: 607863  
PER: 10/20

PPV: 126,30 DH  
LOT: 619305  
PER: 10/20

ISOPHARM  
NewFlex Cooling  
95,00 DH

ISOPHARM  
NewFlex Cooling  
95,00 DH