

# 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.

## Pathologie 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.

## 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

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.

RAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 045028

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5365

Société :

110560

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Vve

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 72 17 40 61

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS  
18 SEP. 2020

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"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
		D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	G	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0062904		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 17 / 0062904

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 000 5365	Signature de l'adherent
Nom & Prénom <u>ABDEERRAHMAN SAHNOUD</u>			
Fonction <u>Décédé</u>	Phones .....		
Mail .....			
MEDECIN	Prénom du patient <u>ZASSINE FAIMA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		<u>Cardiak ( Hernie de la fosse aigre ) 3 lèvres</u>	
Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Cardial</u>			<u>G.</u>
PHARMACIE	Date <u>10.08.2022</u>		
Montant de la facture		<u>1200 dh</u>	
VIA SERVICES		50 Angle Rue Oued Massouya & Rue Témaraust Bouhal - Beni Mellal Tél.: 0522 32 47 24 Gsm: 0661 47 73 83	
Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			



مصحة الشفاف - برشيد  
CLINIQUE CHIFA - BERRECHID



060002557

## ORDONNANCE

Berrechid le : 8/8/2003

M<sup>e</sup> BASSINE Fatima

01 Pilules en

VIA SERVICES  
50 Anfa Rue Quad Medaoui  
& Rue Soumaya El Bachir - Berrechid  
Tel.: 0522 32 75 98  
Gsm: 0661 77 22 65

30 mg / 30 c

Dr EL MAMRI Belaid  
Chirurgien  
7, Avenue Saifi Bd.  
Berrechid - CLINIQUE CHIFA  
Tél.: 0522 32 75 98 GSM: 0661 77 22 65

# VIA SERVICES SARL AU

Code: CDC  
**CLIENT COMPTOIRE**  
**MADAME BASSINE FATIMA**

BERRECHID

FACTURE

Facture n°	Date	Mode paiement	Réf bon de livraison				
20200351	10/08/2020		20202625				
Code article	Désignation		Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC
61418	SURGIPLAK MICROVAL 30*30 PLAQUE POUR HERNIE LOT F03947A		1	1 200.00	0.00	20	1 200.00
Total HT	Total TVA	Total TTC					Net à payer
1 000.00	200.00	1 200.00					1 200.00

VIA SERVICES  
 50 Angle Rue Oued Malouya  
 & Rue Tamegroute Bourch - Berrechid  
 Tel. : 0522 32 47 24  
 Gsm: 0661 47 73 83