

# 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.

## Prothèse 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

- Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Personne en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

**S :** 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 045025

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5365 Société : 40546  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VVE  
 Nom & Prénom : A B DEGRAHAMAN SHOUN  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. 06 72 14 10 14 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 : .....

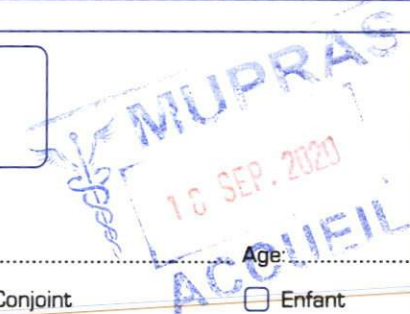
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 canaux, 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"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
H		G																
25533412	21433552	00000000	00000000															
00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																	
(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 / 0062901	
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				

Cachet  
MUPRAS



P 17 / 0062901

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0005365
Nom & Prénom <b>ABDEBRAHMAN SAHMOUD</b>		
Fonction <b>Decede</b>	Phones	
Mail		

Signature de  
l'adherent

MEDECIN	Prénom du patient <b>ZASSINE FATIMA</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <b>21/08/2020</b>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<b>4 années de la ligne 3 lancet</b>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>Canal</b>		<b>404,50</b>

PHARMACIE	Date <b>21/8/20</b>
Montant de la facture	
<b>404,50</b>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET



معيضة (السفءاء - برشيد)  
CLINIQUE CHIFA - BERRECHID



060002557

## ORDONNANCE

Berrechid le : 20/08/2020

Mme: BASSINE FATIMA

79,50

① Zetalex tube.

1 tube 2f1)

45,40

② Dup halac sirap.

1 cu s 3f1)

(140,00 x 2) = 280,00

③ Tenseplast pansement.

404,90

REF 72050-70  
4001320



4042809035797

REF 72050-70  
4001320



4042809035797

LOT : 21E008V  
PER : 08 2022

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML



P.P.V : 45DH40



6 118006 010494

0/16116/2016/ DMP/20/DM



3 401051 422884 >

PHARMACE SADI  
Dr. Pharmacie Sadi  
11 rue de la Pharmacie  
91120 Palaiseau  
Tél : 01 69 30 00 00  
Fax : 01 69 30 00 01  
E-mail : info@pharmacie-sadi.fr  
Site : www.pharmacie-sadi.fr