

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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

La 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.

**MUPRAS** : 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

N° M20- 0004152

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULADA Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0537205197 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-04152

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 :



Courrier

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES													
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture.</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le plan de l'OD.</p>													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient										
O.D.F. Prothèses dentaires			Coefficient des travaux										
	<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Creation, Remont, adjonction)													
Fourniture thérapeutique, nécessaire à la profession													
Date du devis													
Fin de													
<p><b>VOLET ADHERENT</b> NOM : ..... Mle</p> <p>DECLARATION N° W16-055916</p> <p>Date de Dépôt ..... Montant engagé ..... Nbre de pièces Jointes .....</p> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916	DATE DE DEPOT ...../...../201...
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	
Nom & Prénom <b>oulada M'HAMED</b>			
Fonction <b>Retraite</b>	Phones <b>05 37 20 51 47</b>		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>Oulada M'hamed</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Age .....	Date .....	
Nature de la maladie	Date 1ère visite .....		
<b>Vaccination</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>19.11.202</b>	<b>CM</b>	<b>200 000</b>	
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>19/11/20</b>		
Montant de la facture	<b>125,30</b>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**DOCTEUR SAHAR ABDELRAHMAN**  
10, Zankou Abdelrahman  
Tél : 05 37 11 00 00  
Rabat

**Dr. Saïeb BOUZIRI**  
10, Zankou Abdelrahman  
Tél : 05 37 72 02 80  
Rabat

**Dr. Sawmaat Hassen**  
10, Zankou Abdelrahman  
Tél : 05 37 72 02 80  
Rabat

**ACCUEIL**  
U.C. DEC. 2020

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat  
Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط  
الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada H kamm

Le 19 11. 2020

VAXI Gelif Tetra 229915

12530

صيدلية صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taïeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50

صيدلية صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taïeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT  
40, Zankat Abdelmoumen  
Tél. : 73.11.07 - RABAT