

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.  
Une 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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie  
N° M20- 0004153

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société : 50561

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULADA M'hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : / 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° M20-04153

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 :



# 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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																
	<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		
H		G															
25533412	21433552	00000000	00000000														
00000000	00000000	00000000	00000000														
35533411	11433553																
	(Creation, Remont, adjonction) Fourbure, réparation, réajustement à la prothèse																

--	--

VOILET ADHERENT	NOM: OULADA M'HAMED	Mle 191
DECLARATION N°	W16-055916	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
	*226 DH*	
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		

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

W16-055916

DATE DE DEPOT

10/10/2020

REPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

N & Prénom OULADA M'HAMED

Retraité

Phones 0537 205147

EDecin

Prénom du patient M'HAMED

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Age

Date

de la maladie

Date 1ère visite

Il d'un accident : Causes et circonstances

ure des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

ARMAGIE

Date

nt de la facture

ALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 21/10/2020

signation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

226 a

LABORATOIRE DU MAGHREB  
5, Rue Hussein 1er  
Tél.: 05 37 72 66 93 - 05 09  
Fax: 05 37 73 05 92 - Rabat  
I.N.P 103001921  
05

ILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Dr 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

Oubada H'kani

de 12.10.2020

C. B. U

ex direct celh D G

ATBC

LABORATOIRE DU MAGHREB  
5, Rue Hussein 1er  
Tél.: 05 37 72 00 93 / 73 05 09  
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat  
I.N.P 103001921  
05

Re Henshaw

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