

# 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.

## 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 caractère personnel.

Nº P19- 0040584

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(15643)

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 00452 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Mess.Aoudi Houssein

Date de naissance : 01/07/1940

Adresse :

Tél. : 06 37 61 61 113 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-040584

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 : .....

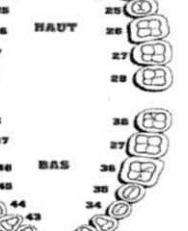
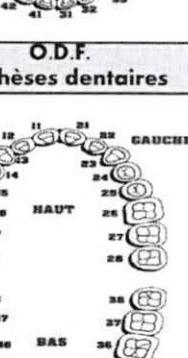
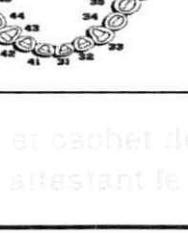
Date de dépôt : .....

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Fin d'exécution</b>
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		<b>Coefficient des travaux</b>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Montant des soins</b>
					<b>Date du devis</b>
					<b>Fin de</b>
Visa et cachet du prestataire attestant le dépôt			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....			<b>Mle</b>
DECLARATION N°		W16-069290			
Date de Dépot	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					



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

W16-069290

DATE DE DEPOT

DATE DE DÉPÔT  
Envoyé le 07/07/2010

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00452	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom MESSAOUDI HOUSSAIN			Sous signature de l'adhérent
Fonction : Phones			
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient HOUSSAIN		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 19 Ans	Date	
Nature de la maladie Gastro-entérite		Date 1ère visite 19 Decembre 2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		250 DHS	
<b>PHARMACIE</b>	Date 19 Novembre 2019		
Montant de la facture 942,00		INP: 082025156	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

**Dr. Nasreddine Haouat**  
**Ophtalmologiste**



Diplômé de la Faculté de NICE FRANCE  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex-Médecin Chef des Services d'Ophtalmologie  
des Hôpitaux Militaires des F.A.R  
(MEKNÈS-MARRAKECH)

**الدكتور نصر الدين حوات**

خريج كلية نيس بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب رئيسي بقسم العيون بمستشفيات  
القوات المسلحة الملكية  
(مكنا - مراكش)

Oujda, le 19/12/19

M. Ali B. Sharabi

Houmat

♦ LASER ARGON

♦ LASER YAG

♦ ANGIOGRAPHIE  
FLUORESCÉNIQUE

♦ ECHOGRAPHIE  
BIOMETRIE SONDE  
10 MHZ et 20 MHZ

♦ CHAMPS VISUEL

♦ TOPOGRAPHIE  
CORNEENNES ET  
SIMULATION  
A LA FLUORESCEINE

15700 X relais AN  
6 la leg  
942,00  
03 mois

06 fl

Centre d'Ophtalmologie Annouar  
Dr Nasreddine HAOUAT  
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX  
Tel. 05 36 70 31 96 / 05 36 71 28 71  
001714

شارع الدوفوفي - عمارة حمري - الطابق الثاني - وجدة

Bd. Derfoufi - Imm. HIMRI - 2<sup>ème</sup> Etage - Tél.: 05 36 70 31 96 / Fax : 05 36 71 28 71 - OUJDA

ICE : 001713661000056 - INP : 081073777

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00