

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise 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.

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° P19- 0043996

15893  
☒ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 282 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Haddoud A Abdelaziz

Date de naissance : 1934

Adresse : Rue 1 N°52 Hay Mazala Hay Hassani

Tél. : 06.63.66.07.30 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8 / 01 / 2020

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 : Haddoud A Abdelaziz Le : 08 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8-1-20	46.70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

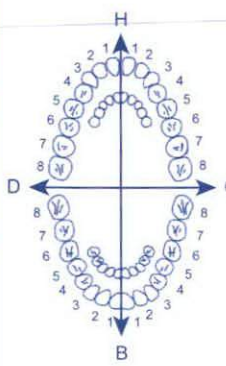
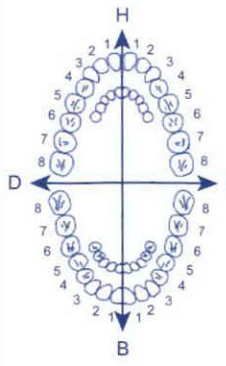
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>  35533411  11433553 </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**صيدلية المصحة**  
**Pharmacie Polyclinique**

58, Route Moulay Thami - Casablanca  
(Mazola, Hay Hassani)  
Tél. : 0522 90 21 67  
GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955  
T.P.: 35012475  
I.F: 51469100  
N.S.S: 1120039  
1527269000086

Casa le: 8-10-10 **FACTURE** N° 000814

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
03	Delipre	10 80	30 90
01	Delipre	15 80	15 80
			46 70

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
D. T. P. Abdelaziz  
58, Route M. Y. Thani - Hammassani  
Tel: 0522 90 21 67 Case

® 500 mg

rimé

alme la do  
mpérature

ol.

ouleur et/  
s, courb  
kg : (er



ur l'enfant de moins de 27 kg : (moins  
andées, il est inutile d'alterner la prise  
est nécessaire de consulter votre  
reins ou du foie.  
ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles  
ment sans l'avis de votre médecin ou

S ET AUTRES  
INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS  
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE  
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

d'autres médicaments en contiennent.  
sser la dose quotidienne recommandée.



® 500 mg

rimé

alme la do  
mpérature

ol.

ouleur et/  
s, courb  
kg : (er



ur l'enfant de moins de 27 kg : (moins  
andées, il est inutile d'alterner la prise  
est nécessaire de consulter votre  
reins ou du foie.  
ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles  
ment sans l'avis de votre médecin ou

S ET AUTRES  
INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS  
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE  
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

d'autres médicaments en contiennent.  
sser la dose quotidienne recommandée.