

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Hakim et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LGT) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-514831

ND-17535

NSR  
OCC

## Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8979

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMAL ALZ ABDEL HALIM

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 :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :  
  
NSR  
ACCUEIL  
22 JAN. 2020

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-514831

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
					Montant des soins										
					Début d'exécution										
					Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>										
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>25533412</td> <td rowspan="4">H</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> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	25533412	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>Montant des soins</b>
D	25533412	H	21433552												
	00000000		00000000												
	00000000		00000000												
	35533411		11433553												
					<b>Date du devis</b>										
					Fin de										
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....			<b>Mle</b>										
<b>DECLARATION N°</b>		<b>W18-381501</b>													
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															

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-381501	DATE DE DÉPÔT 12/07/2019
A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT   Mle 8978			
Nom & Prénom : <u>AMALI SABER HAKIM</u>			
Fonction : <u>CDB</u>		Phones. <u>0661322370</u>	
Mail : <u>talihakim@gmail.com</u>			
MÉDECIN		Prénom du patient : <u>HIBA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age : <u>8 Ans</u>		Date : <u>13-05-19</u>	
Nature de la maladie : <u>Allectomie</u> Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CI+K10</u>		<u>1</u>	<u>400</u>
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MÉDICAUX Date			
Nombr		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# Professeur Laila RAIS



## الأستاذة ليلى الرايس

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le 13/05/19

### BON DE REGLEMENT

Reçu de.....

Mr/Mme/Melle.....

CAHLAUI HIBA

La Somme de :.....

Quatre cent Dhs  
400.40 Dhs.

Pour : .....

Consultation

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er  
Tél.: 05 22 86 41 23 / 51      Urgences: GSM : 06 19 28 36 31  
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr