

## 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

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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-498500



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>18515</b>		
Matricule : <b>9451</b>		
Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <b>MAZOURI AZZEDDINE</b>		
Date de naissance : <b>28/02/1963</b>		
Adresse : <b>n° 7, AV. MED II V.N. Meknes - Maroc</b>		
Tél. : <b>0666292999</b>		
Total des frais engagés : <b>414,30 DHS</b>		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :		
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **Meknes, le 28/01/2020** Le : **15 JAN 2020**

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
15 JAN 2020		1	150,-	INP : 130 073 803

Docteur Noureddine HARCHA  
OMNIPRATICIEN  
Expert ASSOCIÉ DES TRIBUNAUX  
9 RUE DE PARIS - 34 MEKNÈS  
Tél. : 05.35.52.46.21

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMOUR D'AMOUR ANNEES 1000 TÉL. 05.35.52.46.21	15/1/20	264.30 DHS INP: 13205097

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

H	1 2 3 4 5 6 7 8
D	8 7 6 5 4 3 2 1
B	1 2 3 4 5 6 7 8
G	8 7 6 5 4 3 2 1

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	1 2 3 4 5 6 7 8
G	8 7 6 5 4 3 2 1

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR Noureddine HARCHA

Diplômé De La Faculté De  
Médecine De Rabat

OMNIPRATICIEN

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

INP : 131 073 843



الدكتور نور الدين درشة

خريج كلية الطب بالرباط

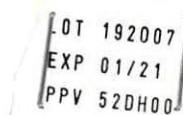
الطب العام

خبرير محلف لدى المحاكم

Meknès le, ..... 15 JAN 2020 مكتاس في

Nom : MAZOURA  
Age : 133

196.00  
- Byhex 400 18x18  
52.00 1er 15.07  
- Cetirizine 10 18x18  
15.70 1er 15.07  
- Toplax 10x30  
264.30



Doctor Noureddine HARCHA  
OMNIPRATICIEN  
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux  
9, Rue de Paris -:- MEKNES  
TEL. 05.35.52.46.21