

## 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.

N° W19-509857

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique <b>19132</b>	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <b>6060</b> Société : <b>Royal Air Maroc</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>AOUIDY Nafat</b>			
Date de naissance : <b>28 Mars 1960</b>			
Adresse : <b>26, Rue Touafag - Goldine Casablanca</b>			
Tél. : <b>0661 51 61 27</b> Total des frais engagés : <b>fik 6.80, 10 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>22 JAN 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>AOUIDY Nafat</b> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Gastrite</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>ACCIDENT</b>			
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) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-509857	
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).	
Matricole :	<b>6060</b>
Nom de l'adhérent(e) :	<b>AOUIDY</b>
Total des frais engagés :	<b>6.80, 10 Dhs</b>
Date de dépôt :	<b>24/01/2020</b>

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
02 JAN 2020	Con		200,00 / DH	INP : B63612100 Docteur Malika ENNAS. MEDECINE GENERALE Capitole Center Entrée B - 1 <sup>er</sup> Boulevard Anatole France

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES CURETTES</i>	<i>22/01/2020</i>	<i>480,10</i>

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

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																																																	
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433553	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																																				
	H	25533412	21433553																																														
	D	00000000	00000000																																														
	B	35533411	11433553																																														
	G																																																
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																



الدار البيضاء، في: 22 JAN 2020 Casablanca, le :

Housay wa Jat

33,00

10) candleaceae 15°

S.V.

73, 80

2)  $I \otimes 0 + 2i$

S.V.

56, 3d

3°) Carmine &

S.V.

99,00

1 Sache, apiso

20

74,00

1 cpl. seit

50) Stream

54

98, 8c

Naer  
1 -

16

Line 1

45,20

My wster crevi

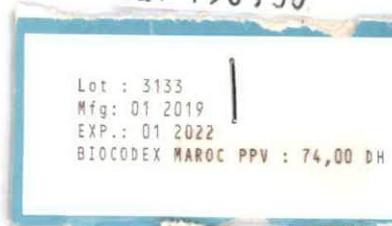
S.V.

la RB Nat

et s vic

= 480,10

Docteur Malika ENNAF  
MEDECINE GENERALE  
Capital Center, Entrée A  
Boulevard Ancula - Casablanca



33,00

canaglium