

# 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- 053861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1256 Société : FATHA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Yaalassi Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661 14 16 37 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053861

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins | Coefficient   | Coefficient des<br>travaux |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|--|---|---------------------|---------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
|  |   |                     |               | Montant des soins          |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|  |   |                     |               | Début d'exécution          |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|  |   |                     |               | Fin d'exécution            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|  |   |                     |               |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires   | Détermination du coefficient masticatoire   |                     |               | Coefficient des travaux    |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</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> </tbody> </table> |                     |               | H                          |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | Montant des soins |
|  | H   |                     |               |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|  | 25533412  | 21433552            |               |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
| 00000000   | 00000000  |                     |               |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
| 00000000   | 00000000  |                     |               |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
| 35533411   | 11433553  |                     |               |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     | Date du devis |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |
|  |   |                     | Fin de        |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                   |

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

W18-388494

DATE DE DEPOT

...../...../201...

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |   | Mle 1246                        |
|---|---|---------------------------------|
| Nom & Prénom                                      |   | EL YAALAOUI Med                 |
| Fonction  | Retraité  | Phones 0661141637               |
| Mail  |   | yaalaooui48@yahoo.fr            |
| <b>MEDECIN</b>                                    |   |                                 |
| Prénom du patient                                 |   |                                 |
| Adhérent  | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age                             |
| Nature de la maladie                              |   | Date 16/5/19                    |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |   | Date 1ère visite                |
| <p>Affecté neurologie</p>                         |   |                                 |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient   | Montant détaillé des honoraires |
| Cs  |   | 3000DH                          |
| <b>PHARMACIE</b>                                  |   |                                 |
| Date  |   | 16/05/2019                      |
| Montant de la facture                             |   | 3887,60                         |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>                   |   |                                 |
| Date  |   |                                 |
| Désignation des patients                          | Montant détaillé des Honoraires   |                                 |
| <b>RES MEDICAUX</b>                               |   |                                 |
| Date  |   |                                 |
| Nombre  | Montant détaillé des Honoraires   |                                 |
| PC  | IM  | IV                              |

PHARMACIE ARAUCAR  
Micham TAL Pharmacie  
11, rue Hassan II - Casablanca  
Tél. 0522 36 13 05 Fax: 0522 36 13 05

MUPRAS  
06 AOUT 2019  
ACCUEIL

16/07/18

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 666.00 DH  
ID: 617484  
118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 666.00 DH  
ID: 617484  
118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 666.00 DH  
ID: 617484  
118001 142606

des  
Hôpitaux de NANCY  
Membre de la Société  
Française de Cardiologie

LOT 803464 1  
EXP 10 2021  
PPV 328.00 DH

LOT 803632 1  
EXP 10 2021  
PPV 506.00 DH

LOT 803632 1  
EXP 10 2021  
PPV 506.00 DH

LOT 803632 1  
EXP 10 2021  
PPV 506.00 DH

LOT: 9MA023  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
PER: 07 2020  
118000 061113

LOT: 9MA023  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
PER: 07 2020  
118000 061113

Dr. EL YAMANI Mohamed

① Kerpria 500

1 - 0 - 1

Donzep 5 mg

1 cp/j / 1 mois

③ Donzep 10

1 cp/j / 2 mois

④ Aspiric 100

1 sachet/j

666.00 x 3

328.00

506.00 x 3

3887.60