

## 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 canaux, 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 canaux.

#### 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

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 - 5ème 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



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

ND = 70 292

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015325

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0779 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHLI Brahim Date de naissance : 01.01.49

Adresse : 82 rue Najik Al Malaika Tisir II Berrechid

Tél. : 06.62.84.62.59 Total des frais engagés : 399,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 JAN 2020

Nom et prénom du malade : A Z Z A Fekwa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type II

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 : Berrechid Le : 06/02/2020

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
21 JAN 2020			1500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21.01.2020		2400

## AUXILIAIRES MEDICAUX

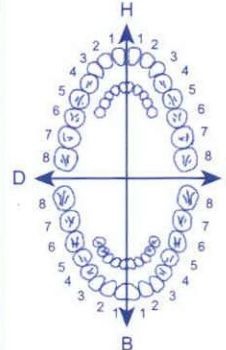
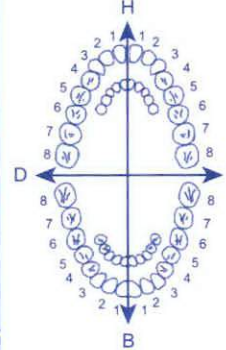
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DATE DU DEVIS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd MERJANE  
Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab  
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان  
الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le : .....

21 JAN 2020

ORDONNANCE

AZZA FATIMA

78.70 x 1

44.70 x 1

Maurice

249.40 (X03 wci)

Pharmacie 2000  
Docteur Kadiri L. Zineb  
22 bd Mohammed V - A. BERRECHID  
Tél: 022.53.36.03

21.00 x 6

Mafurwin 1000

249.40 x 2 (X03 wci)

T6 cilévent de Trais (03)  
wci

Docteur Saïd MERJANE  
Médecine Générale  
Tél : 0522 33 71 56  
61, Rue Omar Ibnou Al Khattab Berrechid

44.70

242600030-02

21.00

PPV 21D400  
PER 09/22  
LOT 12108

21.00

PPV 21D400  
PER 09/22  
LOT 12108

21.00

PPV 21D400  
PER 09/22  
LOT 12108

21.00

PPV 21D400  
PER 09/22  
LOT 12108

78.70