

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 de données à caractère personnel.

NB= 99032

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921

Société :

Actif       Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADNANE

Mhammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 448705 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 : .....

Signature de 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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H D	25533412 00000000	21433552 00000000	
		G	00000000 35533411	00000000 11433553	
(Création, Rémont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT NOM : ..... Mle

DECLARATION N° W17-116143

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois

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

W17-116143

DATE DE DEPOT

19/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 04921

Nom & Prénom : **ADNANE Hmame**  
Fonction : **Retraite** Phone : **06 68 44 87 05**  
Mail : **mh.adnane515@gmail.com**

MEDECIN Prénom du patient : **ZIAT Tati wa'**  
Achérant  Conjoint  Enfant  Age : ..... Date : **24/12/19**  
Nature de la maladie : ..... Date 1ère visite : .....  
*douleurs céléste en*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

DR YOUSSEF EL ATTAR  
GASTRO - ENTEROLOGUE  
109, Bd Idriss El Mami  
Casablanca - Tél: 0522 37 37 83

PHARMACIE Date : **24/12/19**  
Montant de la facture : .....  
**315.30 DH**

صيدلية الباشوية  
أيمان أصرت  
دكتورة فاطمة  
شارع المقاومة تجربة المحمد - برشيد  
0522 22 45 94

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date : .....  
Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : .....  
Nombre Montant détaillé des Honoraires  
AM PC IM IV

