

# 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 - 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- 068158

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADNANE Mhameel

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668448705 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 :

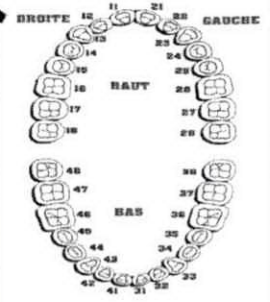

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.




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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
				<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
				<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
				<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires  	Détermination du coefficient masticatoire			<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	H	G												
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>											
			<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....		Mle										
DECLARATION N°		W17-116143		Gauche MUPRAS										
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
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 04921	
Nom & Prénom : <u>ADNANE Mohamed</u>			
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones : <u>06 68 44 87 05</u>		
Mail : <u>mh.adnane515@gmail.com</u>			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient : <u>ZiAT Fatima</u>	
Achérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age : .....	Date : <u>24/12/19</u>	
Nature de la maladie : .....		Date 1ère visite : .....	
<u>soins dentaires</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : .....			
<b>DR YOUSSEF EL ATTAR</b> GASTRO - INTEROLOGUE 109, Bd Lariss El Attar Casablanca - Tél: 0522.37.37.83			
Nature des actes : <u>C3</u>			
Nbre de Coefficient : .....	Montant détaillé des honoraires : <u>300,00</u>		
<b>PHARMACIE</b>		Date : <u>24/12/2019</u>	
Montant de la facture : <u>315.30 DH</u>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients : .....	Montant détaillé des Honoraires : .....		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV





**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصحة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

DR YOUSSEF EL ATTAR  
GASTRO - ENTÉROLOGUE  
109, Bd Idriss El Harti  
Casablanca - Tél: 0522.37.37.83

Casablanca, le 24/12/19



ZiAT Fatima

(S.V)

152,90

10/ Euzol 20mg

1 gel x 21

(S.V)

54,70

20/ Mebenerine forte

1 p x 3

(S.V)

79,50

Carboxane

(S.V)

1 p x 3

Sulpidal

1 gel x 21

28,20

28,20

PPV  
LGT  
PER

DR YOUSSEF EL ATTAR  
GASTRO -  
109, Bd Idriss El Harti  
Casablanca - Tél: 0522.37.37.83

شارع عبد المومن، 27، زنقة الإمام البصري - الدار البيضاء  
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA  
Tél: 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax: 05 22 98 05 06  
E-mail: cliniqueabdelmoumen@gmail.com