

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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 des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8930** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **Boukari HASSAN**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0658.01.92.00** 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) : .....

**MUPRAS**

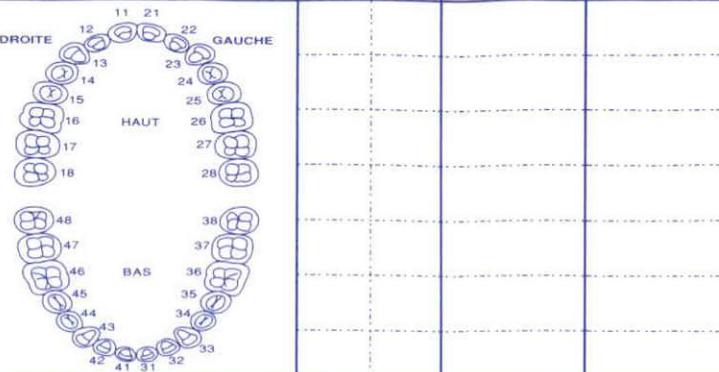
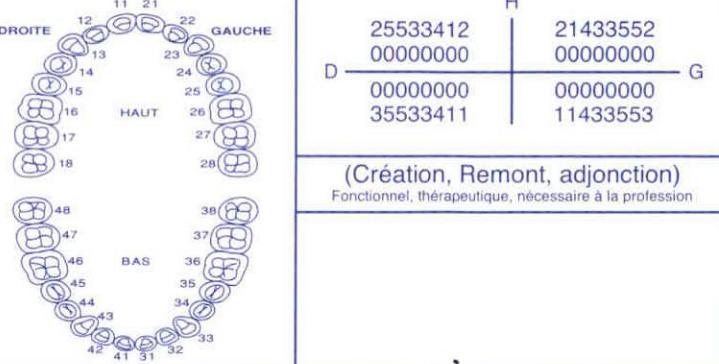
**ACCUEIL**

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient					
									
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire							
		<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">D</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin d'exécution</b>		
D	H								
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
		<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession							

VOLET ADHERENT		NOM : _____	
DECLARATION N°		<b>P 17 / 0062430</b>	
		<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		<b>Mle</b>	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom				
Fonction		Phones		
Mail				
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient		<i>Mr. Bensouda Hassan</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....				Date 28/02/2020
Nature de la maladie				Date 1ère visite
<i>Néoplasie du pancréas</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires
				
<b>PHARMACIE</b>		Date 28/02/2020		
Montant de la facture				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date		
Nombre				
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIOTHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADILOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Le 28/10/21 2020

LOT 192979 1  
EXP 12/21  
PPV 170.00 DH

Mr Boukari Hassane

170.00

4/ Ofibén 200mg

S.V

129,60

4/ Flagyl 500mg

S.V

1 cp x 21 pendant 4j

LOT 195004  
PER. 06/2024  
P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

MSFA

129,60

X3/ Inexium 40mg

S.V

SYNTHEMEDIC  
22 rue Souleymane Al Aouam Roches  
nouvelle casablanca  
INEXIUM

40 mg Cps OR  
Boite 14

641750MP21N90 P.P.V : 123,60 DH

6 118001 020607

50,00

4/ Néfagyl cp

S.V

1 gel/j

sep x 4 j (si douleur)

393,80

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIRÉD D'AGOURMA  
15-16, Rue Hassan II  
Résidence Ambassadeur  
Tel. 022 79 79 7801

PPV 50DH40  
PER 10/22  
LOT 12337

u8.60

5/ Garrison

1cc/s x 3 j

~~18.30~~

6/ Cloprame Syrup

PPV 180H30

EXP 11/2022  
LOT 96015 3

1cc/s x 3 j. (15ml awal  
napas)

X 7/ vit K Syrup

(injektor demai)

Dr. Hossamya ZMA/MTA  
Clinique Dr. Hossamya  
Sala J. Bar U. Ganteng  
Ceger, Kota  
Fat. 0822-0220-0214 12:44