

ND=29456

## 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.

### Optionne :

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

### Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de reéducations.
- Pour le remboursement la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de protthèse ou de traitement canalaire l'entente préalable renseignée sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La facture après soins est obligatoire en cas de protthèse 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 :

- 0 Recrutement : contact@mupras.com  
0 Service en charge : perso@mupras.com  
0 Actualité et changement de statut : athesis@mupras.com

La 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-502823

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1120</b>	Société : <b>ROYAL AIR MAROC</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<b>YOUSSEF</b>
Nom & Prénom : <b>LARYED</b>			
Date de naissance : <b>24 MARS 1974</b>			
Adresse : <b>ROYAL AIR MAROC - AEROPORT RAFFIC HARARI - BEYROUTH - LIBAN</b>			
Tél. : <b>+961 76 711 006</b>	Total des frais engagés : <b>250.00 Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>Docteur Souad HANABAL</i> <i>Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie</i> <i>Cite Dahla Av. Hassan I. Residence El Yam</i> <i>1er Etage N 204 - Agadir</i> <i>Tel: 0525 29 20 96</i>	
Date de consultation : <b>22 JUN. 2020</b>	Nom et prénom du malade : <b>Elia Aini</b>
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <b>Elle-même</b>	Nature de la maladie : <b>ACQUEL</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Il s'agit d'un accident de la vie quotidienne</b>	
Atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur ce volet de déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à : <b>Agadir</b>	Signature de l'adhérent(e) : <b>S. AINI</b>

### VOLET ADHERENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-502823

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 : **1120**  
Nom de l'adhérent(e) : **LARYED YOUSSEF**  
Total des frais engagés : **250.00**  
Date de dépôt :

## **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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Séances	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien indique de préciser la dent traitée, l'aste et abaque en indiquant la nature des soins.				
Important : Veiller à prendre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	INP : <input type="text"/> . <input type="text"/>			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				HN <input type="text"/> /PRAC. N° <input type="text"/>
<p><b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b></p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	[Création, remont, adhésion]			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr Souad HANABAL**

Spécialiste en Dermatologie-Vénérérologie  
Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux  
Allergologie et Cosmétologie



**الدكتورة هناء حنبعل**

إخلاصية في أمراض الجلد والأظافر والشعر  
الحساسية والتجميل

Agadir, le :

29/07/2020

أكادير، في:

## NOTE D'HONORAIRE

**NOM :**

Dr Souad HANABAL

**PRENOM :**

Specialiste en Dermatologie - Venereologie  
Site Dakhla Av Hassan I, Résidence Dyar1  
Zème Etage N° 204 - AGADIR  
Tel : 05 28 29 20 90

**ACTE : CONSULTATION**

**HONORAIRE : Deux Cent Cinquante Dirhames ( 250,00 dhs).**

*Signature*  
**Docteur Souad HANABAL**

Specialiste en  
Dermatologie - Venereologie  
Site Dakhla Av Hassan I, Résidence Dyar1  
Zème Etage N° 204 - AGADIR  
Tel : 05 28 29 20 90

حي الدخلة شارع الحسن الأول إقامة الديار 1 الطابق الثاني رقم 204 - أكادير  
Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar1, 2<sup>ème</sup> étage N°204 - Agadir  
Tél/Fax : 05 28 29 20 90 - Patente: 48146314 - ICE: 001712091000057