

## 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  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-589657

72904

CA  
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088

Société :

Actif

Pensionné(+)

Autre

Nom & Prénom : BELNIR KHALID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0678804749

Total des frais engagés : Dhs

Dr ESSOUBI Abderrahim

Omnipraticien

128, Bd Mohamed V Berrechid

Tél: 05 22 33 75 70

06 50 43 56 34

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

, 21 MAI 2021

Nom et prénom du malade :

BELNIR ARES

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tricuspid

Sech

Argy

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-589657

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin INDE le Paiement des Actes
<i>21 MAI 2021</i>	<i>c</i>	<i>1</i>	<i>150,00 Dr</i> <i>128,</i>	<i>INP : 061 062 402</i> <i>ESSOUBI Abderrahim</i> <i>Opératrice</i> <i>Bd Mohamed V Berrechid</i> <i>Tel: 06 22 33 75 70</i> <i>06 50 43 58 34</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NOUVELLE</i> <i>LE MONT SAINT-MICHEL</i> <i>Signature</i>	91-5-21	72,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 33%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553	B	
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
35533411	11433553											
B												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE  
INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام  
الشخص بالصدى

MLE 9088

Berrechid, le

21 Mai 2021

Bel ania  
Anas

Nom :

Pds :

TA :

28,60

- 28,60  
- 2 - 0  
- 28,60

28,60  
- STOP  
- 105 C SX5

16,30 - Dopineal 8,0 ml  
- 105

72,90 Dr. ESSOUBI Abderrahim  
Omnipraticien  
128, Bd Mohamed V Berrechid  
Tél: 05 22 33 75 70  
06 50 43 56 34



LOT: 20E008  
PER.: 10/10/2022  
DOGMAZIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML  
P.P.V : 28DH30

6 118000 012153



16,30

PHARMACEUTIQUE  
DISTRIBUTEUR  
DU MAROC

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70

128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70

GSM : 06 50 43 56 24