

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 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° P19- 054856

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462

Société : RAM

80525

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAITI M. D.

Date de naissance : 22/08/1961

Adresse : HABITUELL

Tél. : 0689 253700

Total des frais engagés : (Km) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAHBOUB Abdelouahed  
Pneumo - Allergologue  
Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Farhatine 5  
2ème Etage App 7 - Casablanca  
Tél. 05 22 50 88 09 / 05 22 50 88 10

Date de consultation : 19 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : HAITI Monad

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : asthme

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) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Praticien et des Actes
19 JUIN 2021	CE		2000H	Dr. MAHBOUB Abdelouahed Pneumo - Allergologue Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Fanchine 2ème Etage App 7 - Casablanca Tél: 05 22 50 18 19 / GSM: 06 45 71 51 98

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. MAHBOUB Abdelouahed Pneumo - Allergologue Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Fanchine 2ème Etage App 7 - Casablanca Tél: 05 22 50 18 19 / GSM: 06 45 71 51 98	19 JUIN 2021	212 RSP	5000H

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de pneumo-allergologie  
Dr MAHBOUB Abdelouahed

Avenue Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 5 Imm 5 2ème étage n°7

Tel : 06 22 55 08 09 ;Gsm : 06 62 06 50 98

Nom : HAITI

Date :

Prénom : MOUAD

19 JUIN 2021

## Rx Poumon Face

### Compte rendu

- MPR L A B A

- AS pour hb

- hkhwhg wh

Dr. MAHBOUB Abdelouahed  
Pneumo - Allergologue  
Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Farhatine 5  
2ème Etage App17 - Casablanca  
Tél: 06 22 55 08 09 / Gsm: 06 62 06 50 98

Signé :

**Cabinet de Pneumo-allergologie**

Dr MAHBOUB Abdelouahed

Avenue Mohamed Bouziane Rés, Farhatine 5 Imm 5, 2<sup>ème</sup> étage n°7

Tel. 05 22 55 08 09, Gsm. 06 62 06 50 98

**FACTURE**

Nom : **HAITI**

Date :

Prénom : **MOUAD**

**19 JUIN 2021**

Rx poumon Face Z12 : 100dhs

**Dr. MAHBOUB Abdelouahed**  
Pneumo - Allergologue  
Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Farhatine 5  
2<sup>ème</sup> Etage Appl 7 - Casablanca  
Tél: 05 22 55 08 09 / GSM: 06 62 06 50 98