

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071098

MUPRAS  
RECEPTION

85770

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22.99 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHAHING Ahmed

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse :

Tél. : 06.78.99.7172 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 : JEROUA

Le : 23/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

CHAHING

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
80				

## 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	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

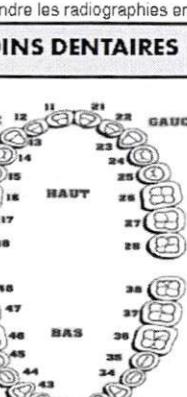
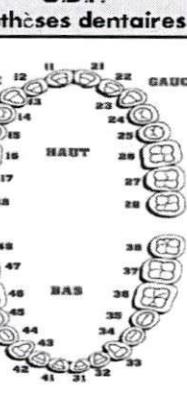
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		D	00000000	G		35533411			11433553	
	D	00000000	G								
	35533411										
	11433553										
B											
<b>(Création, remont, adjonction)</b>											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
DATE DU DEVIS											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
DATE DE L'EXECUTION											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		<b>FEUILLE DE SOIN N°</b>		<b>DATE DE DEPOT</b>		
		<b>W14-001598</b>				
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>						
NOM & Prénom	CHAHINE Ahmed		Téléphone	06 78 99 7172		
Fonction	Retraité	Matricule 2299	Mail	Signature de l'adhérent		
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT</b>						
NOM & Prénom du patient	CHAHINE Ahmed		Age	1.1.59 / 09 JUIN 2021		
Nature de la maladie	Affection		Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances						
 <b>DR. BENMIRA HASSAN</b> CHAMPS DE L'ESPRESSO SIDI OTHMANE AL MAMOURA OPHTALMOLOGISTE DR. BENMIRA HASSAN Casablanca 06 56 12 25 19						
<b>RELEVE DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN</b>						
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
09 JUIN 2021	G	1	850 Dhs			
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Montant de la Tacture				
		850 Dhs				
<b>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES</b>						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des travaux
				<input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
ODF. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/>
		B		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
				<b>Fin de l'exécution</b> <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

VOLET ADHERENT				
NOM du Patient :		DECLARATION N°	Cachet MUPRAS	
CHAHINE AHMED		W14-001598		
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes
2299	22/9/21	- 250 DA		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>	