

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

## tions 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.

## 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.

## Optique :

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.

## Dentaire :

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

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.

Matricule : 1258 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

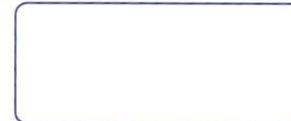
Nom & Prénom : AKIKAL ABDELAZIZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

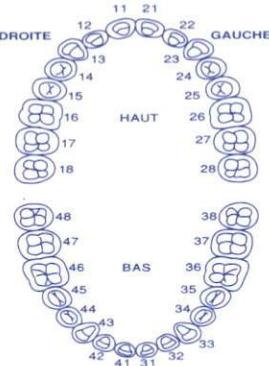
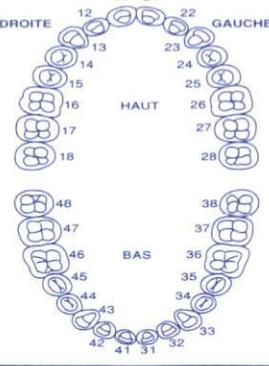
Le : ..... / ..... / .....

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

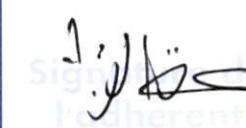
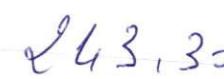
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>																																																																																																															
																																																																																																																				
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																																																																																																																		
		<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td>GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td></td> <td>23</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>29</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>33</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>		DROITE		11 21	22	GAUCHE	12		23	24	13		25	26	14		27	28	15				16				17				18				19				20				21				22				23				24				25				26				27				28				HAUT				29				30				31				32				33				D	25533412	H	21433552		00000000		00000000	D	00000000	G	00000000		35533411		11433553
DROITE	11 21	22	GAUCHE																																																																																																																	
12		23	24																																																																																																																	
13		25	26																																																																																																																	
14		27	28																																																																																																																	
15																																																																																																																				
16																																																																																																																				
17																																																																																																																				
18																																																																																																																				
19																																																																																																																				
20																																																																																																																				
21																																																																																																																				
22																																																																																																																				
23																																																																																																																				
24																																																																																																																				
25																																																																																																																				
26																																																																																																																				
27																																																																																																																				
28																																																																																																																				
HAUT																																																																																																																				
29																																																																																																																				
30																																																																																																																				
31																																																																																																																				
32																																																																																																																				
33																																																																																																																				
D	25533412	H	21433552																																																																																																																	
	00000000		00000000																																																																																																																	
D	00000000	G	00000000																																																																																																																	
	35533411		11433553																																																																																																																	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																																																		

Signature et cachet du praticien attestant le devis

Signature et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0030619	
MUPRAS 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			

Cachet MUPRAS

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1958	 <b>Signé l'adhérent</b>
Nom & Prénom		AKKAR Abdellaziz	
Fonction		Retraite	
		Phones 06 55 89 58 33	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	AKKAR Abdellaziz	Date 1ère visite
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 31/12/46 14 OCT 2021
Nature de la maladie		Affection digestive	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Affection digestive	C1	200 dh	
PHARMACIE	Date	16/10/2021	 <b>PHARMACIE MARINA</b> Sofia KOTIEN Rue Ibed El Karim (Ex Tarave) Bourgogne - Casablanca 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraire	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	 <b>CACHET</b>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

LOT 30003  
PER 04/23  
PPV 144DH50

144,50

# ORDONNANCE

NEUFORTAN 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 03/2024  
LOT 12019 3

AKKAR

Abdel = 33

SV

① 14h, 100 mg gel: 1 gel le matin  
pd 28 j

② 98,80  
Neufortan 160 mg sp. SV

Acp x 21. pd 5 j

243,30

PHARMACIE MARINA  
Sofia BOUHEN

54, Rue Houcine Bourguiba Casablanca  
tel: 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

Dr. HJIAJ Fatima Azzahra  
Médecine Générale  
Echographie Gynécologie  
Dietétique Electrocardiogramme  
75, Rue TAHA Houcine Quartier Gautier  
1er Etage Casablanca  
Tél: 0522 27 43 27