

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ons générales :**

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## **phacie :**

les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **logie 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.

## **que :**

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

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 8144

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M2n Aïn KHALID

Date de naissance : 22-11-30

Adresse :

Tél. 0673717456

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 :

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

Signature de l'adhérent(e) :



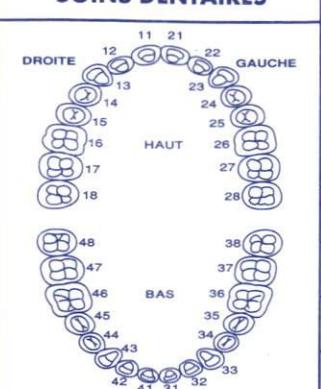
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

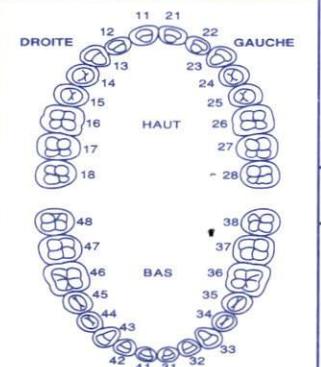
### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	22 23 24 25 26 27 28
HAUT	19 20 21 22 23 24 25 26		27 28 29 30 31 32 33 34
BAS	35 36 37 38 39 40 41 42		43 44 45 46 47 48
	41 42 43 44 45 46 47 48		31 32 33 34 35 36 37 38
	31 32 33 34 35 36 37 38		21 22 23 24 25 26 27 28

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° **P 17 / 44101**



Cachet  
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**P 17 / 044101**

**DATE DE DEPOT**

/ / 201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom **MÉZAHID**

Fonction **Quatrième Main**

Phones **8165**

Mail .....

Signature de  
l'adhérent

**MEDECIN**

Prénom du patient

**MEZHARIS NAHA**

Date **16/12/81**

Date 1ère visite .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

**G2**  
infiltration

**300DH**  
**300DT**

Signature et  
cachet du  
Pharmacien

**PHARMACIE**

Date .....

Montant de la facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date .....

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date .....

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des  
Honoraires

**CACHET**

# Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie  
Maladie Rhumatismales  
Articulation - OS. et Colonne vertébrale



الدكتور هشام ساطع

إختصاصي أمراض المفاصل  
والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

- أستاذ مساعد بالمستشفيات  
الفرنسية سارقا

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم  
والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

## Facture

Nom : ..... NEZHAR

Prénom : ..... NAHA

Date : ..... 26/12/21

Prix d'infiltarations : 300 DH

Dr. HICHAM SATI  
Rhumatologue  
Bd. Boulaqha, 1000 Casablanca  
Appt. 5 Studio Casablanca  
Tel: 022-5714222