

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'IR - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-681173

par courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELMOUMNI Rachida

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse : N° 3 Rue Choumouk Hay Almorastakhal OUSAHA

Tél. : 0666788634

Total des frais engagés : 200.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ABDELHAK JAMAI  
SPECIALISTE NEPHROLOGUE  
MALADIES DES REINS - HEMODIALYSE  
35, Bd. Mohamed Ben Lakhder - OUJDA  
Tél: 0536 71 28 29 / 0536 71 24 25  
Fax: 05 36 71 20 20

Date de consultation : 03/01/2022

Nom et prénom du malade : ABDEL MOUMNI Rachida

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance rénale

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 : OUSAHA

Le : 02/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Ast

Autorisation CNDP N° : A.A.215/2010



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 Paiement des Actes
03/01/22	L2		200,000	INP : INPE: 08116329
				DR ABDELHAK JAM
				SPECIALISTE NEPHROLOGUE
				MALADIES DES REINS - HEMODIALYSE

**DR. Rudeenah JAMAI**  
SPECIALISTE NEPHROLOGUE  
MALADIES DES REINS - HEMODIALYSE  
35, Bd. Mohamed Vth Lakhda - DJIDA  
Tel: 0536 71 28 29 / 0536 71 24 25  
Fax: 05 36 71 00 00

[illegible]

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

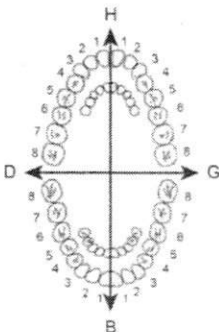
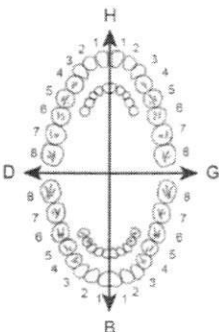
[illegible]

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
				Coefficient DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												
				MONTANTS DES SOINS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												
				DEBUT D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												
				FIN D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td><td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">D                      G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td><td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H				25533412		21433552		00000000		00000000		D                      G				00000000		00000000		35533411		11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
H																																	
25533412		21433552																															
00000000		00000000																															
D                      G																																	
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												
				DATE DU DEVIS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												
				DATE DE L'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION