

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002851 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Selmaoui Allalikha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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) :

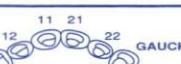


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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	
DROITE  GAUCHE 				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
HAUT 				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
BAS 				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>

<p><b>Prothèses dentaires</b></p>		<p>Détermination du coefficient masticatoire</p>																	
<p>DROITE</p> <p>GAUCHE</p> <p>HAUT</p> <p>BAS</p>		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>	D	25533412 00000000	H	21433552 00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	<table border="1"> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>	G	00000000		11433553
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000																
	00000000		00000000																
	35533411		11433553																
G	00000000																		
	11433553																		
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14 / 0038491</b>		 <b>MUPRAS</b> 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		



P 14 / 0038491

**DATE DE DEPOT**

1 /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adherent
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
MEDECIN	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age .....	Date .....
Nature de la maladie .....		Date 1ère visite .....	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
Nature des actes .....		Nbre de Coefficient .....	Montant détaillé des honoraires .....
.....		.....	
PHARMACIE	Date .....		
Montant de la facture .....			
44,60			
Signature et cachet du medecin			
 <b>PHARMACIE</b> Dr. Hrio U A Aila Rue 2 N° 118 Boc (C) Sidi Berhoussei Quartier Al Qods Casablanca			
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date .....	
Désignation des Coefficients .....		Montant détaillé des Honoraires .....	
.....		.....	
.....		.....	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre .....		Montant détaillé des Honoraires .....	
AM	PC	IM	IV
.....		.....	
Signature et cachet du medecin			
 <b>PHARMACIE</b> Dr. Hrio U A Aila Rue 2 N° 118 Boc (C) Sidi Berhoussei Quartier Al Qods Casablanca			
CACHET			
CACHET			

# صيدلية الغفران

## PHARMACIE GHOFRAÑE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك اس احي القدس سيدى البرنوسي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de TOURS en France

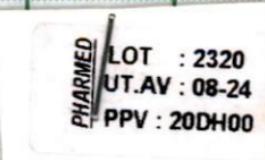


السيدة أهريوة ليلى  
دكتورة في الصيدلة  
خريجة كلية تور بفرنسا

S'almawia Kadi Malika

Casa, le 19/02/22 FACTURE N° 005382

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Dolip 50 mg	1	12,50	12,50
Kiogard	1	16,50	16,50
febreas 50 mg	1	20,00	20,00



PPV:10DH30  
PER:10/24  
LOT:K2903

LOT : 210097  
UT AV: 01/2024  
PPV : 14,300H

La Présente Facture est

Signature

Dr. HRIOUA Laïla  
Rue 2 N° 116  
Chambre des Pharmaciens  
Casablanca  
Signature Dr. HRIOUA Laïla

Casa

u. Go

08 0008 44 0000 2425