

## 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-212/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-819059

175736

### Maladie

Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 12030

Matricule : 12030      Société : ROYAL AIR MAROC

### Actif

Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : HACHAMI Amal

Date de naissance : 26/04/1993

Adresse : Résidence Belle vie , Apt 10, Etg 2, Casablanca

Tél. : 0656457319      Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/09/2013

Nom et prénom du malade : HACHAMI Amal      Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : GROSSESSE

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 : CASA      Date : 18/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : HACHAMI Amal

VOLET ADHÉRENT

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| 18/09/13        | S                 | 350                  | INP : 0532333333333333          | 091171249  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |

### 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 Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

|  |                         |
|--|-------------------------|
|  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | MONTANTS DES SOINS      |
|  | DEBUT D'EXECUTION       |
|  | FIN D'EXECUTION         |
|  |                         |
|  |                         |
|  |                         |
|  |                         |
|  |                         |
|  |                         |

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                   |
|  | H   | 25533412 21433552 |
|  | D   | 00000000 00000000 |
|  |   | 35533411 11433553 |
|  | B   |                   |
|  | G   |                   |
|  |   |                   |
|  |   |                   |
|  |   |                   |
|  |   |                   |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION