

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº W21-770700

pay  
compt

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5081 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : EL AAMMORI RADIAA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Faika TAoud  
Médecine Générale  
Diplôme d'Echographie Générale  
17, Rue Ahmed Chaouki  
Tél.: 0539 93 44 58 Tanger

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.9 NOV 2023

Nom et prénom du malade : EL AAMMORI Radia Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : HT

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº W21-770700

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
09 NOV 2023	C	1	150,00	INPE INP : 16113B24A Docteur Faika TAO Médecine Générale Séjour d'Échographie Génital med Ch

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/2023	342,90 ₧
		INPE: 162038063

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **— VOLET ADHERENT**

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>					
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>					
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>					
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{r l} 25533412 &amp; 21433552 \\ \hline 00000000 &amp; 00000000 \\ \hline 00000000 &amp; 00000000 \\ \hline 35533411 &amp; 11433553 \end{array}</math> </div>				
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>				
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

**Docteur Faika TAOUD**  
**Experte Assermentée auprès des Tribunaux**  
**Médecine Générale**  
**Diplôme d'Echographie Générale**  
 ( Faculté de Médecine de Montpellier - France )

**الدكتورة فائقة الطود**  
 خبيرة محلف لدى المحاكم  
 الطب العام  
 دبلوم التشخيص بالإيكوغرافيا العامة  
 ( كلية الطب بمنبولي - فرنسا )

Tanger, le ..... 09 NOV 2023 ..... طنجة في

Mme EL FAYYAM MZRZ Bediaa.

Co Dangins. 50/125

114,30

✓ 3

342,90

✓ 44. SV

✓ 3 —————



**Docteur Faika TAOUD**  
 Médecine Générale  
 Diplôme d'Echographie Générale  
 17, Rue Ahmed Chaouki  
 Tél.: 0539 93 44 58 Tanger



الخطوط الملكية المغربية  
royal air maroc



CARTE DE VEUVE

EL AAMMOURI BADIAA  
**VEUVE BENMESSAOUD LEFT YASSIN**

Matricule: 0005081



Cette carte est la propriété de Royal Air Maroc. Elle est strictement personnelle et non cessible. Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires

