

## 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.

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-826687

Ma Avril  
PPV

Optique  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1560 Société : rebours

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SADAKA

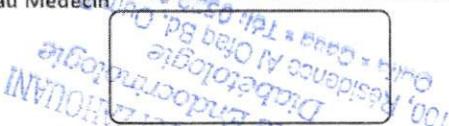
Date de naissance : 1/1/1913

Adresse : 10 Avenue de la CRV Elizabith

Tél. : 066.999.5935 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/22

Nom et prénom du malade : SADAKA minir Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète - Hypertension

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 : Casablanca le 11/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
18/12/23	CE Boeufs		INP : 1111111111111111	<i>[Signature]</i> 97013411

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> INP 09200850	18/12/23	2285,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to				

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

الدكتورة خديجة الشرقاوى زهوانى

#### **ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE**

## OBESITE - NUTRITION

## **Ex Médecin Chef du Centre Régional**

de Diabétologie

### **Sur rendez-vous**

### *Casablanca, le :*

~~SAITMEN~~ min. 18  
13,40 x 6/  
80,40

$42,0^{\circ} \times 12$  [S04,5] ~~glu 3va 0 508(2)~~

11313

- Trichotomy  $O_1 \neq O_2$

✓ 100% 

4916  
CHARLES

Dr. med. Dr. med. CHAKAOUI ZAHOUANI  
Sp. Endocrinologie  
Sekretärin: Dr. med. Dr. med. Zahouani  
Tel.: 0362 26 19 34  
F 916

~~240100 x 2 | 480,00~~ - y mea 1S  
~~2285,00~~ y 62 6/108

100, Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabii - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca Sur Rendez-vous

الهاتف: 35- GSM: 06 31 89 60 - Tél: 05 22 89 79 34 - إقامة الأفق شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

