

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Prothésaire :**

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

UPRAS 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 232 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abbas LAZIZ H. Abdellah.

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 :  Fille / .....  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... 

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 SEP 2010

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
BROITE	GAUCHE				
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28				
HAUT					
19 20 21 22 23 24 25 26	31 32 33 34 35 36 37 38				
RAS					
41 42 43 44 45 46 47 48	31 32 33 34 35 36 37 38				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		D	H	G	
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
HAUT					
19 20 21 22 23 24 25 26	31 32 33 34 35 36 37 38				
RAS					
41 42 43 44 45 46 47 48	31 32 33 34 35 36 37 38				
VOLET ADHERENT		NOM : <i>Haddoud Abdellaziz</i> Mle 282			
DECLARATION N°		W18-402137			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<i>02/09/2019</i>	<i>46.70 DH</i>	<i>4 pièces</i>			<i>llia</i>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

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

W18-402137

DATE DE DEPOT

*02.09.2019*

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 282

Nom & Prénom *Haddoud Abdellaziz*

Fonction *Retraité* Phones *06.63.66.07.30*

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age *1084*

Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date *19.09*

Montant de la facture

*4670*

*PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR Abdellaziz  
68, Rue M'hamed Thami - Hay Hassani  
Tél: 022 90.21.67 - Casablanca*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

# صيدلية المصحة Pharmacie Polyclinique

Route Moulay Thami - Casablanca  
El Jadida, Hay Hassani)  
tel. : 0522 90 21 67  
GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955  
T.P.: 35012475  
I.F: 51469100  
C.N.S.S: 1120039  
ICE : 001527269000086

Casa le: 29.19. FACTURE № 100868

M

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
03	Belzique 8.500	10 30	30 90
01	Belzique 8.500	15 70	15 70
			46 70

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR TIR Abdellaziz  
88, Rue. M. Rhami - Hay Hassani  
Tel: 022 90 21 67 - CASA

15.80

PPV:15DH30  
PER:12/21  
LOT:H2614

PPV:10DH30

PER:12/21  
LOT:H2789

PPV:10DH30  
PER:12/21  
LOT:H2789

PPV:10DH30  
PER:12/21  
LOT:H2789

15.80

15.80

15.80

10.30 X 3