

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 A. 100, Avenue Mohammed VI, Casablanca 20000. Tél : 05 22 78 33 33 - Fax : 05 22 78 33 33 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-480123

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0258 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : MERNISSI DRIS

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0522 367554 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 : .....

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) : 

CHERENT



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>																		
	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D	G	Montant des soins			
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
D	G																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis															
			Fin de															

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>DRIPSE</u>	Mle <u>0258</u>
DECLARATION N°	W18-389930	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>1800,00 dh</u>	
<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		



W18-389930

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>0258</u>	
Nom & Prénom <u>MEUNI'SSI DRI'SS</u>			
Fonction : <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0522367554</u>		
Mail <u>✓</u>			
<b>MEDECIN</b>			
Prénom du patient			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>79 ans</u>	Date <u>18/10/19</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Antihypertensive nombreux infarctus</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>Pourcentage de cicatrisation</u>	<u>300 x 6</u>	<u>1800,-</u>	
<b>PHARMACIE</b>			
Date			
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			
Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur EL ARBAJ Saad  
 Cardiologue et Vasculaire  
 Tél: 0522 367 554  
 Fax: 0522 367 5270



# مصحة العبادي CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le .....

18/10/2019

## FACTURE N°1810/2019

### BENEFICIAIRE

: MR MERNISSI DRISS

### INTERVENTION

: PANSSEMENT DE CICATRISATION DIRIGEE.

### MONTANT

: 300X 6.....1800.00DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE MILLE HUIT CENT DIRHAMS

*(Signature)*  
Clinique ABBADI  
361, Bd. Sidi Abderrahmane  
GSM : 06 75 49 36 49  
Tél : 05 22 39 52 70  
Fax : 05 22 39 52 70



# مصحة العبادي CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le .....

DR EL ABBADI MED SAAD  
CHIRURGIEN CARDIAQUE ET VASCULAIRE  
361, BD. SIDI ABDERRAHMANE  
TEL : 022395254  
FAX : 022395270

18/10/2019

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION  
MR MERNISSI DRISS

TITRE : ARTERIOPATHIE BILATERALE MEMBRES INFERIEURS

DIAGNOSTIQUE : 6 PANSEMENTS POUR CICATRISATION DIRIGEE (à raison de deux pansement par semaine).

Docteur EL ABBADI Saad  
CHIRURGIEN  
Cardiaque et Vascularaire  
361, Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél.: 0522 39 52 54 / 61 - Fax : 0522 39 52 70