

# 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

éclaration : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : N° P19- 0020071**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3151**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... 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 :  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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020071

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of a dental arch with				

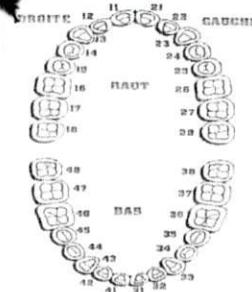
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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



## ODF Prothèses dentaires



## Détermination du coefficient masticatoire

D		H	
25533412		21433552	
00000000		00000000	
00000000		00000000	

(Création, Remont, adjonction)  
Fondamental, thérapeutique, nécessaire à la profession

## Coefficient des

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin de

WT8-388280

DATE DE DEPOT

/201...

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 3151

Nom & Prénom OUAZIHI ABD

Fonction : Retraité Phones. 0670523891

Mail

**MEDECIN** Prénom du patient EL MGHARI NICKA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 21/03/19

Nature de la maladie Bruxisme Date 1ère visite 21/03/19

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>l</u>	-	<u>-130-</u>

**PHARMACIE** Date 21/03/19

Montant de la facture

513,20

**PHARMACIE WAFA**  
D'EL ALAMI MOUSSI  
36, AV. Mekka - LAAYOUNE  
Tél. : 0528.89.39.41

**Dr. Daoudi Adel**  
Assitant Dentiste  
Médical Généraliste  
Télé: 0528.89.39.41  
108 AV. LA MECQUIS LAAYOUNE

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
----	----	----	----	--------	---------------------------------

**MUPRAS**  
14 JUIN 2019  
ACCUEIL

# دكتور عبد الفتاح الداودي

Docteur Abdelfettah Daoudi

Médecin Généraliste

Expert Assermenté Près des Tribunaux

Echographie

Diplôme d'Université de la  
Faculté de Médecine de Montpellier - France  
28. Av. de la Mecque Colomina - Laâyoune  
Téléphone : 05.28.89.49.33

طبيب عام

خبر محقق لدى المحاكم

الفحص بالأکوغرافي

حاصل على الدبلوم الجامعي

من كلية الطب بمونبولي - فرنسا

28 شارع مكة كولومبيا - العيون

الهاتف : 05.28.89.49.33

Laâyoune le..... 24/3/2019 العيون في 07 me Ouajda

Laâyoune le..... 24/3/2019 العيون في 07 me Ouajda

611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V. : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

56,60 - Diprostène - rudoze

un jiff 1/17

- Bron eulibar sirup

17800 mg à doser 3fl x 1  
 $17800 = 2 \times 8900$

- Spectrum 500mg 4 fl

6700 mg 2fl après  
Ultra levure 250

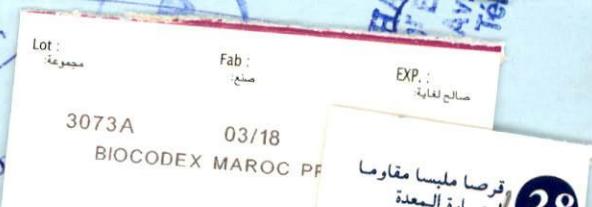
18000 d Sachet 2fl après repos

- Razan 400mg 4 fl

31,60 = 2 x 15,80 le sachet 1/17 le sachet x 28

- Deltaplane 1.000mg 4 fl

513,20 1kg 2fl 17 m.c. dosz



28  
LOT: 598  
PER: 180,60 DH



Abdelfettah  
docteur  
Expert assermenté  
Près des Tribunaux  
Laâyoune Sahraoui