

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Éducation :

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 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0036390

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5589 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL avadi Mohamed

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-036390

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 :

# 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								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
		<table border="1"> <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> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		00000000	00000000										
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

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

W17-138167

DATE DE DEPOT

30/08/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5582
Nom & Prénom <u>El Ouardi Mohamed</u>		
Fonction: <u>Retraité</u>	Phones: .....	
Mail <u>m.ouardi630@gmail.com</u>		
MEDECIN		Prénom du patient .....
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite .....
<u>El Ouardi Mohamed</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date <u>23/08/19</u>
Montant de la facture		<u>200,00</u>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

02 SEP. 2019

ACCUSE  
STEPHANIE HAMZA  
CASE LANCIA  
Lot. 15/16 - 15/16 - 15/16 - 15/16  
Casablanca - 15/16 - 15/16 - 15/16 - 15/16

Noir de la Maladie chronique


**إنيوبريل**  
 8 ملغ  
 30 قرصا قبل النوم  
 من طريق الفم

LOT182117 3  
 XP 10 2020  
 PPV 200,00

☐ اللثة  
☐ خلع  
☐ علاج التهاب اللثة  
☐ مسدود  
☐ قفل  
☐ بعد

**PHARMACIE HAMZA CASABLANCA**  
 Maj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64  
 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

opér  
 te rendi  
 de l'a  
 les a

200,00

**STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA**  
 Lot. Maj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64  
 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

23/08/19  
**Facture N° 04**

M: El Gueddi Mohamed

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
01	Inoprit 8mg		200,00

Notes d'honoraires  
 Ordonnance et factures des actes sous traités  
 Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale

**OPTIQUE**

**REEDUCATION**

relative à la même maladie  
 par le médecin

**PHARMACIE**

PPV \*\*

(urée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est  
 maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie.

le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté  
 à prix libre

les causes et	Matricule:	FS n°: W17-138167
Signature de l'adhérent		Signature & visa de la MUPRAS