

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

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

Nº P19-

49860

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5048 Société : R.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LEBBAR Amin

Date de naissance :

3/01/64

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LEBBAR Amin

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

18 SEP 2019

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) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

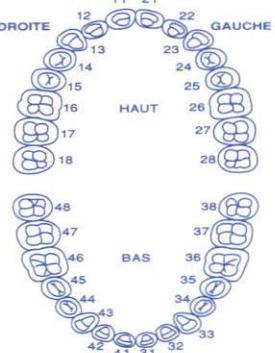
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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 travaux

#### Montant des soins

#### Début d'exécution

#### Fin d'exécution

### Coefficient des travaux

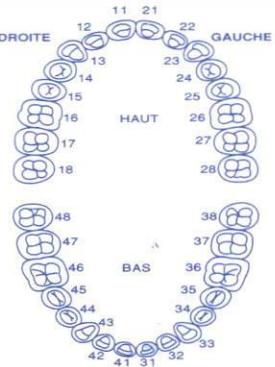
#### Montant des soins

#### Date du devis

#### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



D	12 00000000 35533411	H	21433552 00000000 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

## VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

P 14 / 0017466

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

Mle

Cachet  
MUPRAS

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

P 14 / 0017466

DATE DE DEPOT

/ 2019

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle. 5045

Nom & Prénom :

Fonction :

Phones :

Mail :

## MEDECIN

Prénom du patient :

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : 55 ans

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

maphar  
ZI Zenata Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116.80 DH  
Montant : 116.80 DH  
6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116.80 DH  
Montant : 116.80 DH  
6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116.80 DH  
Montant : 116.80 DH  
6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116.80 DH  
Montant : 116.80 DH  
6 118001 181636

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre

AM PC IM Iv

ZYLORIC 100 mg  
Boite de 100 comprimés  
A.M.M. N° 83 DMP/21/INTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO

6 118000 022268

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 5.9.2015 الدار البيضاء، في :

46.70

MR LESSAR Amine

Lipofinic 300

5.0

16.80 x 2 1/2 ml 5.0

Lipomethyl 360 3 mois

1/2 l. 5.0

112.00 x 6

Regenil

3 mois

= 512.30

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil - Casablanca  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

1/2 l. 5.0

3 mois

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LAHBAÏ LAHLOU  
Rés « Les Jardins de California »  
Bd. de Fes Imm. 1 California  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94