

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039462

### 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.

### 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 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3400 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. YEJ ANDALOUSS

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) :

### 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039462

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

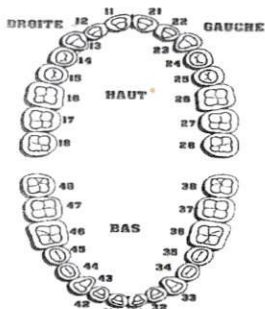
Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



## O.D.F.

### Prothèses dentaires

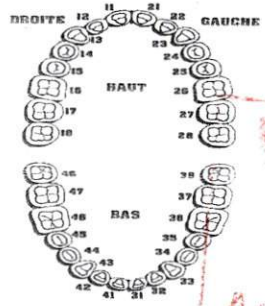
Détermination du coefficient  
masticatoire

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de



H  
25533412 21433552  
D 00000000 00000000  
00000000 00000000 G  
35533411 11433553

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

30 SEP. 2019

Accueil Siege/Ram



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

W18-378482

DATE DE DEPOT

31/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3400

Nom & Prénom HJHED ANOULOHI

Fonction : CD3 Phones 66418954

Mail h.jh@airmaroc.ma

MEDECIN

Prénom du patient IIMANE

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age 17ans

Date 09 AOÛT 2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Dermatose

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

CS

309,00

PHARMACIE

Date 28/08/19

Montant de la facture

189,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

PC

IM

IV

**Docteur Imane MARKOUCH**

**Dermatologue - Vénérologue**

**Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI**

**Ancienne interne des hôpitaux de Paris**

**الدكتورة إيمان مركوش**

**اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل**

**خريجة كلية بيير و ماري كوري باريس 6**

**طبيبة بمستشفيات باريس سابقا**

**Casablanca le : .....**

28/08/2019

Enfant HJIYEJ ANDALOUSSI OTHMANE

89,00  
**CYTEAL SAVON**

1appx02/j pour laver les mains

49,00  
**TRIOFILM VERNIS**

1app le soir sur les verrues protéger la peau avec sparadrap

18,50x6  
**NITRICUM ACIDUM 9CH**

5 granules le matin x03mois

**Docteur Imane MARKOUCH**  
Dermatologue - Vénérologue  
Dermatologue - Esthétique Cosmétique  
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 87 58 43



PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. FALAH YOUSSEF  
JNANE CALIFORNIE Ain Chok  
Tél : 05 22 87 11 12 CASA

**224, Rue 14 Mandarouna - Ain Chok - Casablanca زنقة 14 ماندرونا عين الشق الدار البيضاء**

**Tél : +212 5 22 87 58 43/20 - الهاتف E-mail : imanemarkouch@yahoo.fr**