

# 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.

## **Orthopédie :**

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.

## **Adresses Mails utiles**

Reclamation : 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

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](http://www.mupras.com)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 5154 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABDALI Djalma

Date de naissance : 1/1/19X3

Adresse : 127 Rue Abu WAQF Bd Sidi El Hachem Bourguiba Casablanca

Tél. 0665716884 Total des frais engagés : 149,50 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : .....

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) : .....

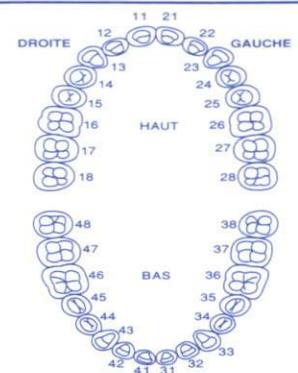
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

## Coefficient des travaux

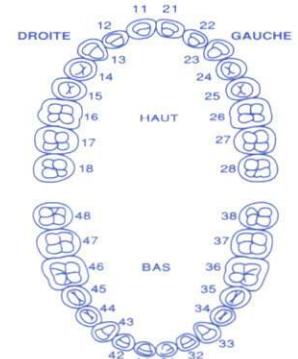
## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



DROITE		H	GAUCHE	
D	G			
25533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			

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

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Date du devis

## Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM : ABALI Mohamed

Mme 454

DECLARATION N° P 14/0020118



MUPRAS

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

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

2/10/19

149,50

1

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

DR Benkiran  
Spectrom

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom

Fonction

Phones 0664716 88 4

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 75

Nature de la maladie

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

## PHARMACIE

Date 06-09-19

Montant de la facture

149,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

# Dr. MOHAMMED Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

اختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي و البواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغدية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

06/09/2019

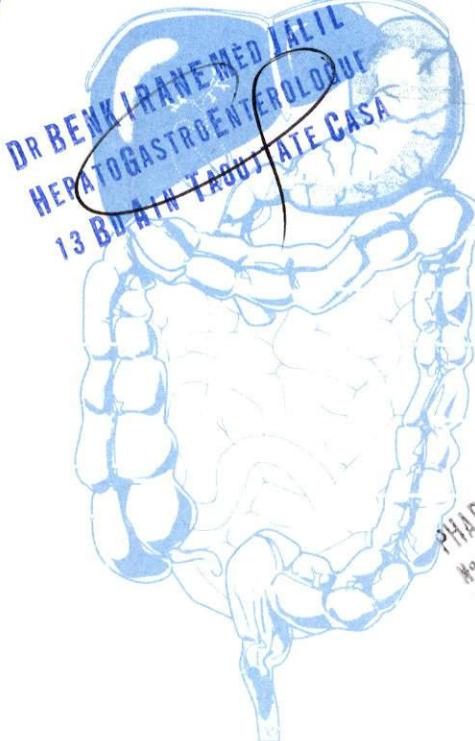
MR ABALI MOHAMED

Casablanca, le :

• Spectrum 500 mg

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 10 jours

149,50



PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
N° 3 Rue Anza Bl. Mehdi Ben Barka  
Tél: 022.95.15.99 - Casablanca

149,50