

## 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.

### Radiologie 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 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

MUPRAS - Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - BP 10000 - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 33 80 00 00 - Fax : +212 33 80 00 01 - E-mail : info@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-482634

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

7020

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

BATASGA

ZAFIAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0684333570

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

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Signé à : \_\_\_\_\_

Prénom(e) : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

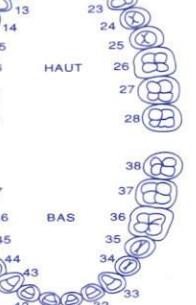
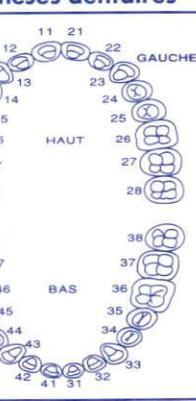
ACCUEIL  
MUPRAS  
30 OCT 2019

## **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			
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>			
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <math display="block">D \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \end{array}</math> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <math display="block">\begin{array}{r} H \\   \\ 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 11433553 \end{array} G</math> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 10px;">           (Création, Remont, adjonction)            Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession         </td> </tr> </table>	$D \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{r} H \\   \\ 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 11433553 \end{array} G$	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
$D \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{r} H \\   \\ 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 11433553 \end{array} G$					
(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					

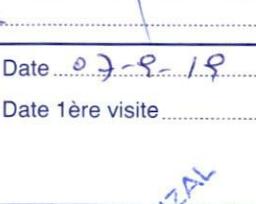
<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 0064798</b>
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P17 / 0064798

**DATE DE DEPOT**

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <i>Zelati</i>	 Signature de l'adhérent		
Nom & Prénom <i>ZELATI MINA</i>					
Fonction <i>retroussée</i> <i>en blouse</i>	Phones <i>06-84-33-35-70</i>				
Mail .....					
MEDECIN	Prénom du patient <i>ZELATI Mina</i>				
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>52</i>		
Nature de la maladie		Date <i>07-09-19</i>			
<i>Toux et fièvre</i>					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>G</i>		-	<i>130,00</i>		
PHARMACIE	Date <i>07/09/19</i>				
Montant de la facture <i>148.40</i>					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....		 Signature de l'adhérent	
Nombre					
AM	PC	IM	IV		Montant détaillé des Honoraires

Dr. MUSTAPHA AOUZAL

Médecine Générale

Diplôme de Diabétologie

Diplôme d'Echographie

Diplôme d'expertise médicale

الدكتور مصطفى أوزال

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الكشف بالصدري

دبلوم جامعي في الخبرة الطبية

Casablanca le 07-9-19



ZELATI Mine

1/2 de 12

4/5

Soclar 1x

1 S x 2

Anapred 20

34 en 1 ml / 1/5

4/5

3 - Andol 1 gm

1/3

Dr. MUSTAPHA AOUZAL  
MEDECINE GENERALE  
11 BD LAGOURA ITISSAL 3  
BEN MSK CASABLANCA  
TEL: 05 22 57 16 64 - GSM: 06 64 17 25 89



11، شارع لكويرة إتصال 3 بن مسيك الدار البيضاء (قرب باطيمات سباتة)

11, Bd Lagouira Itissal 3 Ben Msik

Tél. : 05 22 57 16 64 - GSM : 06 64 17 25 89