

## 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 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 3 mois.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 des données à caractère personnel.

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



## 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 : BATAÏA SALAH

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 ☐ 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 : ..... Parent(e) : .....

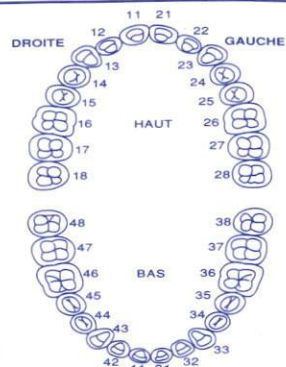
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

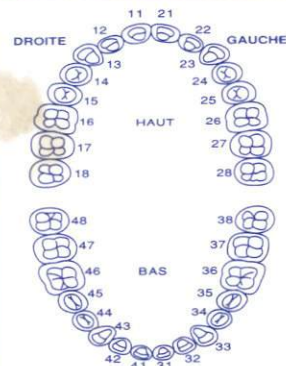
Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient  
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
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 :

Mle

DECLARATION N° P 17/0064798



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

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

Cachet  
MUPRAS



P 17/0064798

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle FOUZAL

Nom & Prénom ZELATI MINA

Fonction *dentiste* Phones *06-84-333570*

Mail

MEDECIN

Prénom du patient ZELATI Mina

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 52

Date 07-8-19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

PHARMACIE

Date 07/09/19

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des  
Honoraires

CACHET

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 بالصدى

دبلوم جامعي في الخبرة الطبية

Casablanca le 07-9-19

ZELATI Mine

Soclav 1x 1/2 de 12

1 S x 2

Anapred 20

34 en 1/2 de 1/5

Analo 1/2

1c x 3

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

14090

0522571664  
0522571664  
0522571664

93,00

SOCLAV® 1g/125 mg  
Poudre pour suspension buvable  
Boîte de 12 sachets  
6 118000 022091

Anapred 20 mg  
20 Comprimés  
Deva Pharmaceutique  
6 118000 410010

14,50  
11/20  
14,50

ANDOL 1000 mg  
8 Comprimés effervescents  
6 118000 082484

PHARMACIE TAHIA HOUSSEINE  
EL MORNAKI RACHID  
Dr en Pharmacie  
Hay Idrissia II Av B N° 13  
Tél : 05 22 85 22 25 - Casablanca

Dr MUSTAPHA AOUZAL  
MEDECINE GENERALE  
11, BD LAGOUIRA ITISSAL 3  
BEN MSIK CASABLANCA  
TEL: 0522571664 - GSM: 0664172589