

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- Nº 037552

No 190

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : ..... 527 ..... Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EZZAHAF

E L Bouazzoui

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) : .....

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº P19- Nº 037552

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																			
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																			
<p><b>DROITE</b></p> <p><b>GAUCHE</b></p>		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
		Coefficient des																	
		Montant des soins																	
		Début d'exécution																	
		Fin d'exécution																	
		Coefficient des travaux																	
		Montant des soins																	
		Date du devis																	
		Fin de																	
<p><b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b></p> <p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td rowspan="4"> <p><b>DROITE</b></p> <p><b>GAUCHE</b></p> </td> <td rowspan="4"></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td rowspan="2"></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					<p><b>DROITE</b></p> <p><b>GAUCHE</b></p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	D		G	35533411	11433553
<p><b>DROITE</b></p> <p><b>GAUCHE</b></p>		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		00000000	00000000																
D		G																	
		35533411	11433553																

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-346708	
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		

<b>MUPRAS</b> Mutualité de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-346708	DATE DE DEPOT / / 201...															
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b> Mle <b>52F</b>																		
Nom & Prénom <b>EZZAHAF DIAOUA ZOUHRA</b> Fonction : <b>Retraité</b> Phones <b>0663572332</b> Mail :																		
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient <b>CHAGANI ZOUHRA</b>		Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <b>150</b> Date <b>23/10/19</b> Nature de la maladie <b>TUER DENTAL - DIABETES HTA</b> <b>DIABETIQUE ET HTA</b> Date 1ere visite																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																		
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td><b>C1</b></td> <td></td> <td><b>180,00</b></td> </tr> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<b>C1</b>		<b>180,00</b>									
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																
<b>C1</b>		<b>180,00</b>																
<b>PHARMACIE</b> Date <b>23/10/19</b> Montant de la facture																		
<b>SOS MUPRAS</b>																		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Désignation des Coefficients</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>20 NOV. 2019</b></td> </tr> </table>		Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		<b>20 NOV. 2019</b>	<b>ACCUEIL</b>												
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																	
	<b>20 NOV. 2019</b>																	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : <table border="1"> <tr> <td colspan="4">Nombre</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires														
AM	PC	IM	IV															

LOT: 181764  
EXP: 08-21  
PPV: 140.00DH

D was forte  
1 unit = 17P  
99.00 x 2 = 198  
+ 0.00 = 198 (M. 56)  
Moros  
1 - 0 - 0 - 0  
3m 11s

DOM PIANA 2 tabs (mor 0.5)

1 - 1 / 61 -  
n date,  
Total: 509.65

Dr. Jamal Eddine BENHIMA  
Diabetology - Endocrinology  
Médecin diététiste  
266 Rue Sidi El Khadid De la Nejma  
Hay Hassani - Casablanca

LOT 181033  
EXP 02/2021  
PPV 99.00DH

LOT 181033  
EXP 02/2021  
PPV 99.00DH

Dr. Jamal Eddine

Médecine Gén.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

en Diabétologie,

Diététique Médicale

thérapeutiques Hormonales



بن بنقية

ام

بييلي

في داء السكري  
التغدية والحمية  
العلاج الهرموني



786216042

O

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30



LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

Casablanca, le : 23/5/15 الدار البيضاء :

CHABLAWI 20050

azimz minzicar - raez 205m2

azimz azimz

azimz azimz azimz



LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

LOT : 19E002  
PER.: 01 2021



LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

LOT : 19E002  
PER.: 01 2021

06 30 61 76 76 06

رقم 266، زنة ،

El Khadir, Derb Nejma - Hay Hassani - CASABLANCA

مبني - الدار البيضاء - الهاتف : 01 44 79 10 91 المحموا