

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6501

22574

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKKAL BRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0022465910187

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) :



Déclaration de maladie

Nº P19-051416

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 : .....

# Déclaration de Maladie

Nº P19- 051416

canal

# 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							
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b> </div>						
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin d'exécution</b> </div>							
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>12 21 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	H	G	12 21 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553			
D	H	G									
12 21 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553										
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>									

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mme 6501</b>
Nom & Prénom <b>BALAKAL BRAHIM</b> Fonction <b>CHIEF D'ESCALE</b> Phones <b>00224 65410 1307</b> Mail <b>ELBALAKAL@ROYAL AIR MAROC.COM</b>		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <b>BRAHIM</b> <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age
Nature de la maladie		Date 29/11/2019 Date 1ère visite
A l'échéance ménopausique		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <b>consultation</b> Nbre de Coefficient <b>1</b> Montant détaillé des honoraires <b>130000</b>		
<b>PHARMACIE</b>		Date 29/11/19 Montant de la facture <b>153,30</b>
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
		<b>CACHET</b>
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date		
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires
		<b>CACHET</b>

Dr. Omar EL MANSOURI

**Médecin Spécialiste**

Chirurgie Urologique - Endoscopie  
Echographie - Lithotritie - Stérilité

Impuissance Sexuelle  
Circoncision



الدكتور عمر المنصوري

طبيب اختصاصي

جراحة الكلى والمسالك البولية

الجراحة بالمنظار

الفحص بالصدى - العقم - العجز الجنسي

نفثت الحصى - الختانة

مراكش في .....  
29/11/2019

153,30

Mr BAKKAL Brahim



Dr. Omar El Mansouri  
Immeuble Ilyas  
2ème Etage  
Centre Commercial



PERMIXON 160 MG B/30

2 gélules, par jour, le soir au coucher, pendant 3 mois

PHARMACIE BORJ TARGA  
Dr. Abdelghani EL ANYA  
Route Targa N° 1 Centre Commercial  
Borj Targa - Marrakech  
Tél : 05 24 34 34 60

Dr. Omar El MANSOURI  
Immeuble Ilyas Avenue Abdelkrim khattabi  
2ème Etage Appart. 11 Guéliz - Marrakech

◆ عماره ايمان 111.شارع عبد الكريم الخطابي الطابق الثاني الشقة 11 جليز (فوق أسيما) - مراكش  
Imm. Imane 111, Av. Abdelkrim El Khattabi 2<sup>ème</sup> Etage Appt.11 Guéliz (au dessus d'Acima) - Marrakech

Tél. : 05 24 44 86 60 - GSM : 06 61 28 65 68