

# 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## 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 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.

N° P19-

049108

ND : 30 893

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1085

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Age: .....

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 : .....

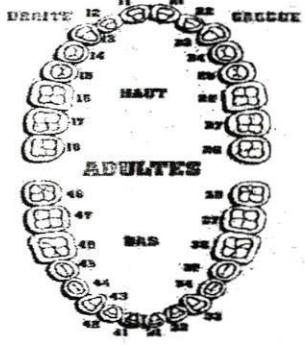
Le : 30 10 12 2013

Signature de l'adhérent(e) : 

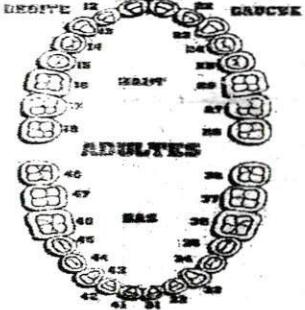
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux  |
|--|----------------|------------------|-------------|--------------------------|
|  |                |                  |             | <b>Montant des soins</b> |
|  |                |                  |             | <b>Début d'exécution</b> |
|  |                |                  |             | <b>Fin d'exécution</b>   |

ODF  
Prothèses dentaires

| Determination du coefficient masticatoire  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
|         |                            |                            |
| H  | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 |
| D  | 00000000                   | 00000000                   |
| G  | 00000000                   | 00000000                   |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                            |                            |

Signature et cachet du praticien  
Signature de la Mutuelle

Signature et cachet du praticien  
Signature de la Mutuelle

VOLET ADHERENT NOM : ..... Mle : .....

DECLARATION N° W14-019192 MUPRAS  
Mutuelle de l'Aviation  
et d'Actions Sociales

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces jointes

Durée de validité de cette feuille est de (1) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

W14-019192

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 1085

Nom &amp; Prénom BENSOUDA OMAR

Fonction Retraite Phone. 0649672770

eMail .....

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie

Dysurie

Signature de l'adhérent  
Signature de l'adhérent

Date : .....

Date 1ère visite .....

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

Nor -

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| CS               |                     | G                               |

PHARMACIE Date 25/06/2022

Montant de la facture

364,00  
Pharmacie PRINTEMPS  
Res. TILAIN 3  
LARAKI ALI  
GSM : 0637550772

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 23-09-2024

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXiliaires MEDICAUX Date .....

| AM | PC | IM | IV | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
|----|----|----|----|--------|---------------------------------|
|    |    |    |    |        |                                 |
|    |    |    |    |        | 364,00                          |

CENTRE DE DIALYSE  
ET DES MALADIES DU REIN  
GUICH OUDAYA



مركز تصفية الدم  
وأمراض الكلى  
ڭيشه الأوداية

Dr. Laila BENABDALLAH  
الدكتورة ليلى بنعبدالله

Néphrologue  
طبيبة امراض الكلى

Dr. Meryem Houda GUERRAOUI  
الدكتورة هريم هدى گراراوي

Néphrologue  
طبيبة امراض الكلى

Temara le 25/6/2020

Dr. Meryem Houda GUERRAOUI  
Centre de Néphrologue  
et des Maladies  
du Rein Guich Oudaya  
Tel : 05 37 56 21 27  
INP : 091090910

Mr Bensouda Omar

12140x3

Umar

sep 13

7/13

06 h 00

364/20

Dr. Meryem Houda GUERRAOUI  
Centre de Néphrologue  
et des Maladies  
du Rein Guich Oudaya  
Tel : 05 37 56 21 27  
INP : 091090910

Pharmacie PRINTEMPS  
LARAKI ALI  
Rés. Tlal N 3 Minosa Mansouria  
GSM: 06 64 86 16 74  
Tél: 05 23 33 09 94



LOT 191817  
EXP 04/2021  
PPV 121.40DH

LOT 190502  
EXP 12/2020  
PPV 121.40DH

41.70