

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

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- 067323

ND: 31982

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 3790 ..... Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ..... Chaoui Youssef .....

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667010760 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 ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-067323

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 : .....

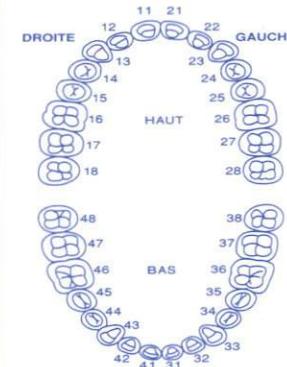
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

### Coefficient des travaux

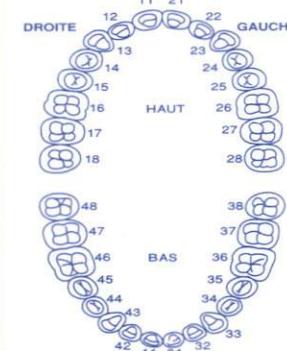
### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

G

(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 :

Mme

DECLARATION N° P 14/0023493



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Joint

Cachet  
MUPRAS

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



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

P 14 / 23493

DATE DE DEPOT

/201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 37 ans

Nom & Prénom : CHASUI YOUSSEF

Fonction : Retraité Phone : 0667010760

Mail : ychasui1@hotmail.fr

## MEDECIN

Prénom du patient : Youssef Chasui

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : 65 ans

Nature de la maladie

Date : 28/2/2020

Date 1ère visite

Correction optique

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

G

## PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et  
cachet du  
Pharmacien

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 30/06/20

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

\$ 3200 Dt

FAICAL OPTIC  
SARL AU  
Opticien Optométriste  
9, Bloc D, Lot. ENNOUR  
Avenue Ibn Attir - FES - MAROC

# FAICAL OPTIC SARL AU

Opticien Optométriste

N°9 Bloc D. Av. Ibn Attir Lot Nour

FES-MAROC

Date: 30/06/20

Nom: chaoui

youssef

Facture: 0133101

Prescription Docteur	Loin	OD = + 2,95	
	Près	OG = + 2,75 ( 0,75 à 45° )	
	Loin	OD = + 4,00	
	Près	OG = + 4,00	
Fournitures :		Montant :	
Monture :	Une Monture	+ 1200 DH	
Verres :	2 Verres organique progressifs Anti-blue photo-cristal UV 1,7	+ 2000 DH	
	TOTAL:	+ 3200 DH	

Cachet de l'opticien

La présent facture TTC arrête à la somme de :

Trois Mille Deux centS Dirhams



ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
HASSAN II - FES



## ORDONNANCE

IP : .....

Service : ..... Fès, le : 28 / 2 / 2020

Nom et Prénom du malade : Youssef choui

lunette de w

VIL

OD: + 2,25 (pl)

OC: + 2,75 (- 0,75 à 45°)

VDP

+ 4,00 ODS

**FAICAL OPTIC**  
SARL AU  
Opticien Optométriste  
9, Bldc D, Lot. ENNOUR  
Avenue Ibn Attir - FES - MAROC

Cachet et signature  
du médecin

DR LUCAS LALIBERTE QUAY,  
Spécialiste Optométriste  
Centre Hospitalo-Universitaire  
Hassan II - FES