

# 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.

## 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.

## 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 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



**MUPRAS**

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

Declaration de Maladie

Nº P19-

059116

SD:  
36459

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6278

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

c/c Retraité

Nom & Prénom : FASLANI Said

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse :

Tél. : 0665 642269 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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 : Casablanca

Le : 12.08.2020

Signature de l'adhérent(e) :

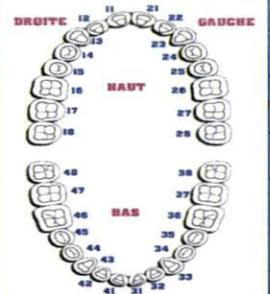
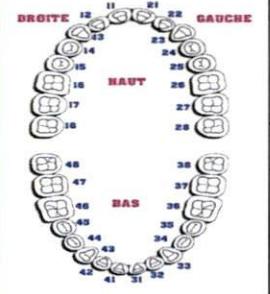
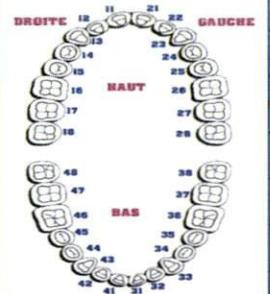


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, 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>O.D.F.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Fin d'exécution</b>
		H	25533412   21433552 00000000   00000000 00000000   00000000 35533411   11433553	G	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>
					<b>Fin de</b>
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....			Mme
DECLARATION N°		W18-404762			
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					



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

W18-404762

DATE DE DEPOT

..... /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 6278

Nom & Prénom FASKANI - Saïd

Fonction : Représenté Phones : 0665.64.2269

Mail

MEDECIN

Prénom du patient : Tahiss FASKANI

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age 17 ans

Date

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 .....

Montant de la facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date : 18/7/20

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

Dr. EPN b.c. : 200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

DENTISTE SOCIATE  
Dr. EPN b.c. : 200,00  
Ang. EPN b.c. : Dr. BEN HOUSSAIN  
Nassef El Kettani Rés. Anfa 15225 Casablanca  
Tél. 0522.25.73.13. / 0522.25.30.05

# **RADIOLOGIE SOCRATE**

FACTURE N°01465/20

Casa 18.7.20

Nom & prénom : FASKANI IDRISI

Examens	Prix
Rx ; epaule gauche de face	200.00
TOTAL :	<b>200.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA 1  
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

*RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - Dr BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 Casablanca  
0522 25 73 13 - 0522 25 75 05*



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذبي العباسي  
*Dr. Mohammed BELCADI ABASSI*

الدكتور جمال بناني  
*Dr. Jamal BENNANI*

CASA.18/07/2020

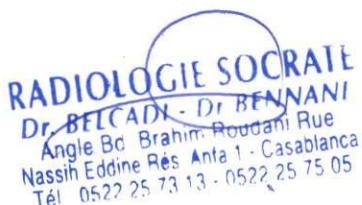
NOM : FASKANI  
PRENOM : Idriss

## Epaule gauche de face

- Tête humérale en place .
- Absence de lésion osseuse traumatique .

## CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI



الدكتور الحسن السبيوي

Docteur Hassane SBIOUTI

88, Bd Med El Meknassi Bourgogne casa

شارع محمد المكناسي بوركون البيضاء انفا 88.

الهاتف : 0522 26 91 80

18 JUIL. 2020

FAX KARNA T DR KISS

Demande de l'yanke a

La yanke a

الدكتور الحسن السبيوي  
Dr. Hassane SBIOUTI  
88, شارع محمد المكناسي بوركون البيضاء انفا  
0522 26 91 80

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCAPI - Dr. BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassif Eddine Rés Anta 1 - Casablanca  
Tél 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05