

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



**MUPRAS**

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

39828

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0020087**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraitée  
Nom & Prénom : Mme HAFFARY Date de naissance : 01/01/47  
Adresse :  
Tél : 0522481946 Total des frais engagés : 510,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2020  
Nom et prénom du malade : Haffary Fatima Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affection neuro-psychiatrique  
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) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/08<br>2020   |                   |                       | 4000 HT                         |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 08/08/2020 | 11060                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

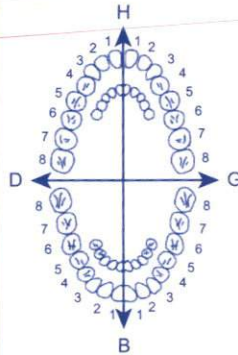
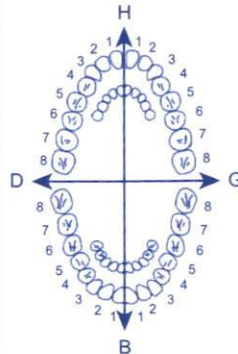
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |
|---|---|------------------|-------------|---|
|    |   |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX   |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS  |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION   |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION   |
|   |   |                  |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DATE DU DEVIS<br><br>DATE DE L'EXECUTION |
|  |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naoual AJOUB  
Psychiatre



الدكتورة نوال أعجوب  
طبيبة نفسانية

Psychiatrie de l'Adulte  
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Addictologie  
Thérapies Cognitives et Comportementales

الطب النفسي للكبار  
الطب النفسي للأطفال والمراهقين  
طب الإدمان  
العلاج النفسي المعرفي السلوكي

Nom : Haffary Fatima

Date : 08/08/2020

1/ <sup>36</sup>Seithalie GTDmg

110,60

15/11/18

0 - 0

the 1 mg

Dr. NAJAOUB  
Psychiatre - Psychologue - Addictologue  
Adultes - Enfants - Adolescents  
22, Bd. Yacoub El Mansour Etg. 1 N° 13  
Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 08 - Mob: 06 63 10 35 80

22, Bd. Yacoub El Mansour, Espace El Mansour 1<sup>er</sup> étage, N° 13 Maarif - Casablanca  
Tél.: 0522 98 07 08 / Mob.: 0663 10 35 80 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com  
22. شارع يعقوب المنصور. فضاء المنصور الطابق الأول. الرقم 13 - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 98 07 08 / المحمول : 0663 10 35 80 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com