

## 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.

### Radiologie 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-455542

ND: 53609

Optique

Autres

	<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Polyvalence & Actions Sociales du Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Date réservé à l'adhérent(e)	
Matricule	2828
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Personne(e)
Nom & Prénom : DELABED HALIMA	
Date de naissance : 1958-01	
Adresse : Groupe K Rue 156 N°18 El Oued Casablanca	
Tél. : 0667 28 11 53 / 0522 90 55 33	Total mois engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE 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
22/12/20	02		250,00	INP : 091036657 UNION AFRICAINNE DE MEDICALISATION DR MAMADOU SOW

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/2020	2295,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																									INP : <input type="text"/>
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																													
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																															
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																													
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																												
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																											
							DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																										
								DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																									
								<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>																																																									
									<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>																																																								
										<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>25533412</th> <th>21433552</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>00000000</th> <th>00000000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <th>B</th> <th>00000000</th> <th>00000000</th> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <th>G</th> <th>35533411</th> <th>11433553</th> </tr> </tbody> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553																																		
										H	25533412	21433552																																																					
										D	00000000	00000000																																																					
										<hr/>																																																							
										B	00000000	00000000																																																					
<hr/>																																																																	
G	35533411									11433553																																																							
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																
									VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																								
									VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																								



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل  
اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل

Nom et Prénom :

Béchir Halima

Casablanca le : 22/12/20.

721,00 X3

1) Arava 20

22,80 X3

1cp/3  
A.S.V.

2) Coltaengel 5mg

1cp/3

49,60

3) Dolezele

S.V.

4 asep a bare kee

15j

~ 3 ~

S.V.

4) Dolezele

PPV: 49,60 DH  
LOT: 2013  
EXP: 10/2023

22,80

22,80

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane  
05 22 89 38 88 75 ibnabdjalilhouda@yahoo.fr