

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº P19- 055931

146169

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6639

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAADI OMAR

Date de naissance :

07/08/1963

Adresse : HAY AL QODS GROUPE ZENATA NSOF SIDI BERNOUSSI

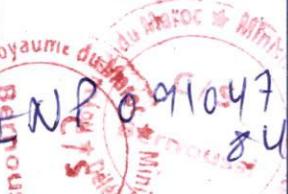
CASABLANCA

Tél. : 0668466961/06663086983 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/01/2023

SAADI

Nom et prénom du malade : SAADI OMAR

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Depuis 8 ans

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 : 23/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
23/01/2023	C			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/23	121820

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

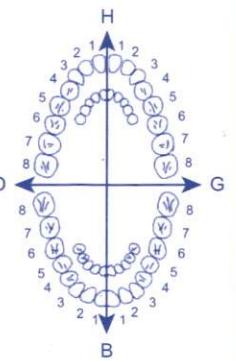
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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	
					
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
Coefficient des travaux					
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 00000000	21433552 00000000		Coefficent des travaux
D	00000000	00000000			
B	35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)	G				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le : 23/01/2023

ORDONNANCE

η= SAAD

188, Wx 6

Tunisie Zayt



Wx 2 2 seluls li in du 03 mis  
Avlocardyl 40 mg



14p x 2 / jom  
Avlocardyl 40 mg



14p / jom  
01218, W



TUNELUZ® 20 mg  
30 Gélules  
6 118000 070863

189,10

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



189,10

TUNELUZ® 20 mg  
30 Gélules  
6 118000 070863

189,10

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



189,10

189,10

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



189,10

TUNELUZ® 20 mg  
30 Gélules  
6 118000 070863

189,10

9202 01  
P00322 : 01

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

9202 01  
P00322 : 01

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

0