

## 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.

N° W21-791099

A 56508

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>18650</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>	<input type="checkbox"/> Autre :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>KHOUKHI OUSSAMA</b>		
Date de naissance : <b>3 Juin 1989</b>		
Adresse : <b>Résidence Les Orchidées 3 Apt 6 2 ème S</b>		
Tél. : <b>0613276095</b>	Total des frais engagés :	<b>400 Dhs</b>
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : <b>professeur A. REFASS TRAUMATO-ORTHOPÉDIE PEDIATRIQUE tél: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98 100000063 - INPE: 091119495</b>		
Date de consultation : <b>22 MARS 2023</b>		
Nom et prénom du malade : <b>KHOUKHI OUSSAMA</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Anomalies 20 tatouailles les m</b>	
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 : **Notre pharmacie**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **22/04/2023**

## **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
27 MARS 2023			400,00	
			/	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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	INP : 
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DEBUT D'EXECUTION 
				FIN D'EXECUTION 
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 
				DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 



2 MARS 2023

## **NOTE D'HONORAIRES**

*Nom et Prénom : KHOUKH Ines*

*Acte du Médecin : Consultation.*

*Honoraire : 400.00 DH (quatre cent dirhams).*

*Signé : Pr. A. REFASS*

Professeur A. REFASS  
Chirurgie et Traumatologie  
Orthopédie Pédiatriques  
237, Boulevard Abderrahim - Casablanca  
Tél: 05 22 24 29 99 - Fax: 05 22 24 28 02  
E-mail: a.refass@gmail.com

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis- 5ème étage - Casablanca  
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca  
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028