

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7354

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : HAMROUN AHMED

Date de naissance : 02/11/1967

Adresse : N°13 5M 121 RES DORAT TAMARIS CASABLANCA

Tél. : 0551 10 12 18

Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : HAMROUN Sami Age: 17.04.23

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pied bot varus. équilibre lateral

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

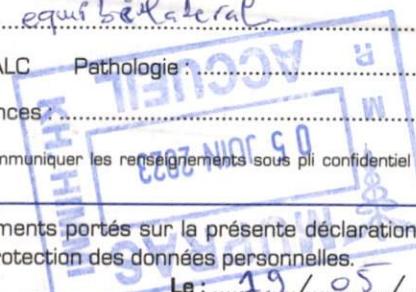
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : casa

Le : 19/05/2023

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 Remboursement des Actes
19.5.23	Pied bot		15000	 

# ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien PH du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LATIF SARIAU</b> Route d'Azzemmour, Commune Daf-Bouazza, GH Massakinouï, Équipement 4B, N°	19/5/23	153,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

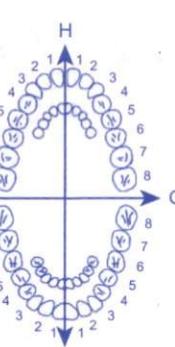
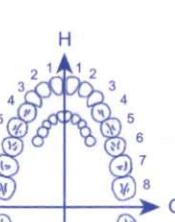
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		H 25533412   21433552 D 00000000   00000000 G 00000000   00000000 B 35533411   11433553	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Taoufik Younes**

**Chirurgie infantile**

Chirurgie viscérale

Traumato-orthopédie

circoncision

Casablanca le : ..... 19.05.2023

Nom, Prénom : .. HAMROUN Sami



**د. يونس توفيق**

**جراحة الأطفال**

الجراحة الباطنية

جراحة العظام و المفاصل

الخان

دار البيضاء في :

Pied bot varus équilatéral

serré de plâtre correcteur

PONSETI.

3<sup>eme</sup> plâtre.





## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Younes TAOUIFIK

A l'honneur de présenter ses compliments à Mr/Mme ...HAMROUN... Sami.....

Et lui adresser selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de : ...Mille cinq...Cent...dirham... (# 1500 Dh #).....

Casablanca, le 19.05.2023

