

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

AC5128

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 348

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M² EL-HACHOLMI M'HAMED

Date de naissance : 03-08-1941

Adresse : Bd iBNOU SINA imm = G

CASA - HAY ESSALAM -

Tél. 06.74.80.0005 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : M² EL-HICHAMI AMINA Age : 02-01-50

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ECHICHAMI ATTINA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HED

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) :

M BOUZI 16 JUIN 2011 Le : 06/06/2011

I. BOUZI

ACCUEIL

#### **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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25-05-2013      | 07 + 06           |                       | 300.00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE LA SOURCE</b><br>6-7 Rue de la Source<br>63100 Moulins<br>CHU de Clermont-Ferrand<br>05.22.36.24.85 France<br>05.22.36.26.00 | 25/05/23 | 1684,70               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

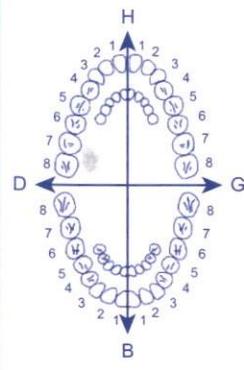
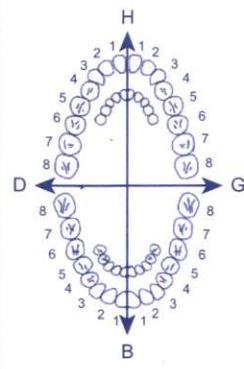
AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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'ODF.

| 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  |                           |                           |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000  | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                           |                           | DATE DU DEVIS           |
|   |  |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



1 1 1

↓  
AS1100  
x3  
Ged

**ECG**

Dr NAJI Abdelmajid

Angle Abdelmoumen - Anoual - Résidence Al Mawlid 4 N° B15 - 20340 CASABLANCA - Tél :+212 522 25 87 08  
NOM:EL HICHAMI AMINA ID : Genre : Age :73 DOB :01-01-1950 Date Test:25-05-2023 15:19  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr NAJI Abdelmajid

10mm/mV 25mm/s

