

# 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

- Réclamation : 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0014981

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10608 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre : Détaché'

Nom & Prénom : EL AOUD ADIL

Date de naissance : 09/07/1977

Adresse : habituelle

Tél. : 0661516371

Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : EL AOUD GHITA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Carie profonde dans les 85

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 : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

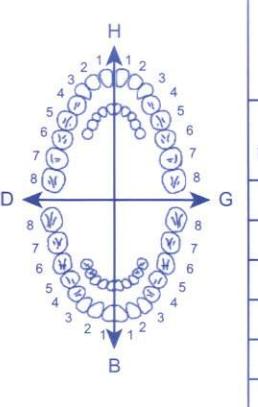
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Début d'Execution	Fin d'Execution	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'Execution
	B	5	Copage	DAK							
	H	1									
	1	2									
	2	3									
	3	4									
	4	5									
	5	6									
	6	7									
	7	8									
	8										
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						
					H	25533412	21433552				
					D	00000000	00000000				
					B	00000000	00000000				
					G	35533411	11433553				
					H						
					D						
					B						
					G						
					H						
					D						
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							
				G							
				H							
				D							
				B							

Dr. Mourad ASSAFA  
Chirurgien Dentiste  
Rd. Oum Errabii, Rés Ferdaous GH11  
Imm 7€ Appt 1 Casablanca  
Tel: 05 22 92 01 11

**NOTE D'HONORAIRES FA1-1/24**

**27/01/2024**

**I'enfant EL AOUAD Ghita**

DATE	Dent	Actes	Code	Cotation	Honoraires
27/01/2024	85	COMPOSITE 3 FACES	D702	D15	300

Total :300.00

la présente note d'honoraire est arrêtée à la somme de : TROIS CENTS

IF: 40112538

ICE: 00167653800076