

# 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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Nº P19-

264640

AF = 2072

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7954

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AHMED GHOURANI

Date de naissance :

Adresse :

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



11 FEV 2009  
ACCUEIL

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des soins</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>  <b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b>	
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire				
		H	25533412   21433552	00000000   00000000	G	
		D	00000000   00000000	35533411   11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

<b>VOLET ADHERENT</b>	<b>NOM :</b> GHOUNANI Ahmed	<b>Mle 7954</b>
<b>DECLARATION N°</b> W17-137879		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
11/02/2020	66,30	1
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

W17-137879

DATE DE DEPOT

11.02.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 7954

Nom & Prénom : GHOUNANI Ahmed

Fonction : Retraite Phones : 06.64.28.83.14

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient :

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : Date :

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date : 08.02.2020

Montant de la facture

PHARMACIE SEMLALI

n°83, Angle des Rues 11 et 1

Sid El Khadir

Tél : 05.22.89.62.93

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

--	--	--	--

M R Ghannani Ahmed

P P V 15 D H 8 0  
P E R 07 / 2 2  
P T 11619

**LOT N° : 8659  
UT-AV : 11-21  
P.P.V : 30DH50**

Le 08-02-2020



Quantité	Désignation	ARGO Alainate de sodium/Bicarbonate de sodium Suspension buvable
1	- A Rigo sp	30,50
1	- Dophane Igella	15,80
		Total: 46,30
		PHARMACIE SEMLALI n°83, Angle des Rues 11 et 11 Sid El Khadir Tél: 05.22.89.62.93
		<b>Total :</b>