

# 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 :

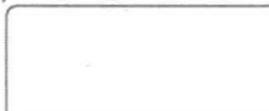
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autres  
23316 Cadre réservé à l'adhérent (e)  
 Matricule : 121127 Société : Royal Air Maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : LOUASSIT HOAIA  
 Date de naissance : 08/10/83  
 Adresse :  
 Tél. : 06 68 18 89 60 Total des frais engagés : 402,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin  
 Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 07/02/20  
 Nom et prénom du malade : LOUASSIT HOAIA Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Grippe  
 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.  
 02/02/2020

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 : Casablanca Le : 07/02/2020  
 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 Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CLINIQUE 54, Bd. Ghandi 0322.3674/0516/22/911	05/12/20	MONTOURG	400,00 DT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### RELEVÉ 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'OF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



No 000330

Casablanca, le : 04/12/2020

CLINIQUE GHANDI

54, Bd. Ghandi - Casablanca

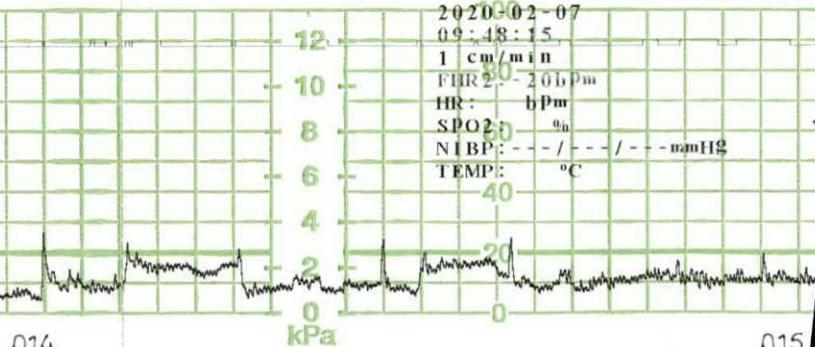
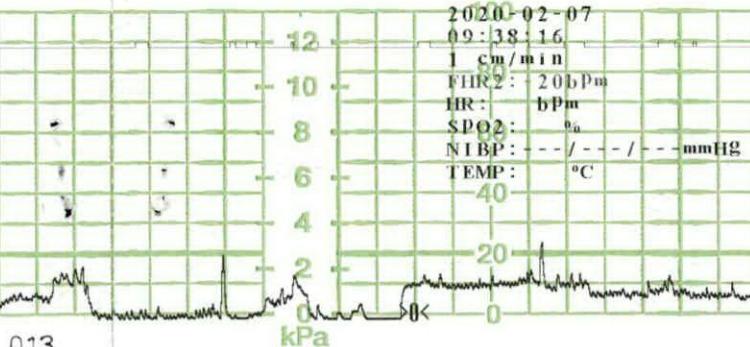
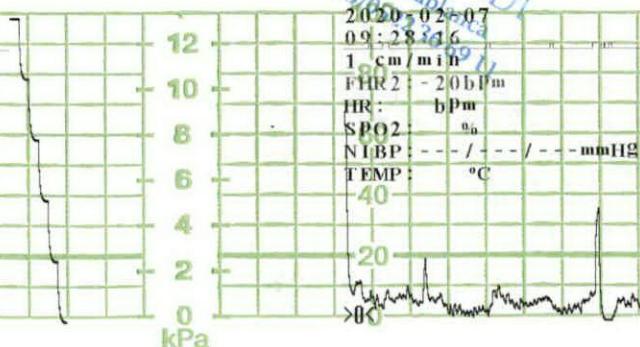
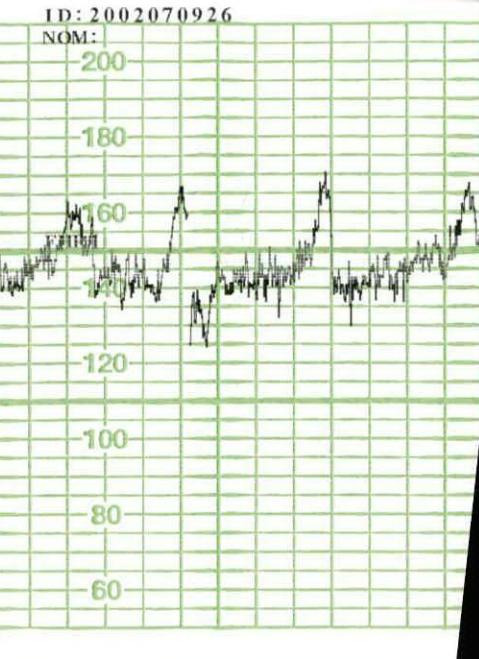
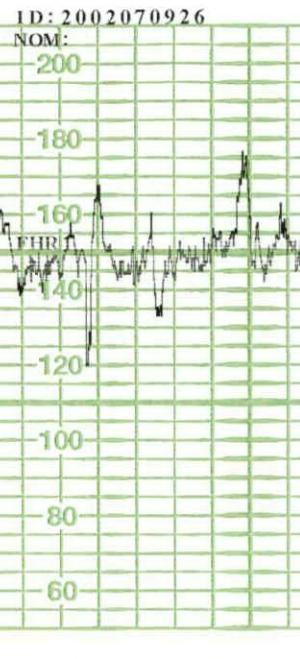
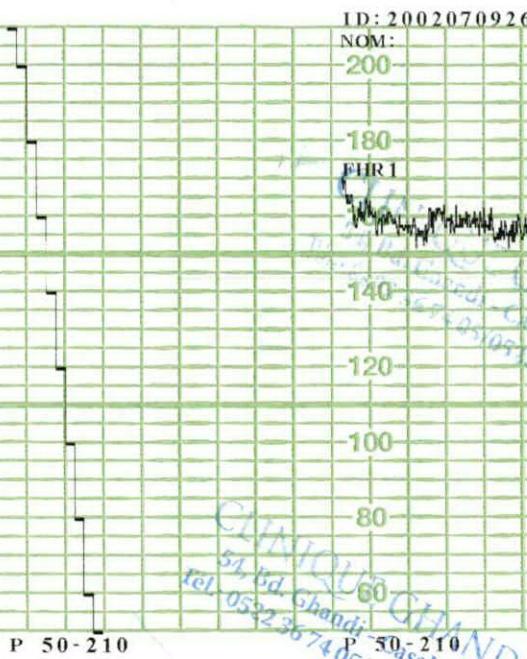
Le Docteur .....  
tel. 0522 36 74 05/0522 36 69 11

Prie M. .... LOUASSIT HOYAM

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour .... MONITORING

S'élevant à la somme de .... 400,00 Dhs.

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 0522 36 74 05/0522 36 69 11



ID: 2002070926

NOM:

200

180

160

140

120

100

80

60

021-212 26

ID: 2002070926

NOM:

200

180

160

140

120

100

80

60

LOUASKIT HOYAM.

2020-02-07

09:58:16

1 cm/min

FRHR2: 80 bpm

HR: 80 bpm

SPO2: 60%

NIBP: - - / - - / - - mmHg

TEMP: 36°C

12

10

8

6

4

2

0

kPa

016

2020-02-07

10:08:16

1 cm/min

FRHR2: 80 bpm

HR: 80 bpm

SPO2: 60%

NIBP: - - / - - / - - mmHg

TEMP: 36°C

12

10

8

6

4

2

0

kPa

017

K