

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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 à caractère personnel.

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : **317** Société : **Royal Air Maroc**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL OUFIR MUSTAPHA**

Date de naissance : **16 Avril 1942**

Adresse : **Logement Provence Inferne 1 n° 11 QAB5 CASA**

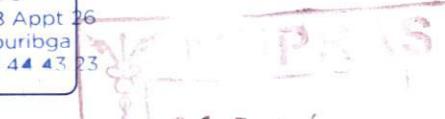
Tél. : **06 70 91 00 92** Total des frais engagés : **1361,10 Dhs + 250,00 Dhs**

### **Cadre réservé au Médecin**

**Docteur SLIMANI Salah-Eddine**

**Cardiologue**

Place de la Victoire, N° 8 Appart 26  
5ème Etage, Av de Khouribga  
Casablanca - Tel : 05 22 44 43 23



Cachet du médecin : **09 FEV 2021**

Date de consultation : **09 FEV 2021** Age : **75 ans**

Nom et prénom du malade : **EL OUFIR MUSTAPHA**  Conjoint  Enfant

Lien de parenté : **Lui-même**

Nature de la maladie : **H.T.A**

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 : **Casablanca** Le : **10.02.2021**

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin atteignant le Patient des Actes
09 FEB 2011	2 x 600		42 600 Dhs	<p style="text-align: right;">Dr. S.M.A. M. Souleymane Medecin de la Victoire 5<sup>e</sup> Rue Av de Khoumba Casablanca - Tel. 05 22 44 43 26</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PIAGTO Dr. E. J. A. G. L. des Epinières tél.: 03 400 45 76 - C20	09.02.21		1361,10

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
D H 2 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 3 2 1 2 3	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
B G				DATE DU DEVIS
D H 2 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 3 2 1 2 3				DATE DE L'EXECUTION
B G				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

