

# 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

## Pathologie 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

clamation	: contact@mupras.com
re en charge	: pec@mupras.com
ésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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

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

**Déclaration de Maladie**  
N° M20- 0005145

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07194 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : KAHIL MOHAMAD HASSAN

Date de naissance : 29 SEPT 1951

Adresse : 88, RUE JEAN JAURES APT 6 CASA

Tél. : 0663448020 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

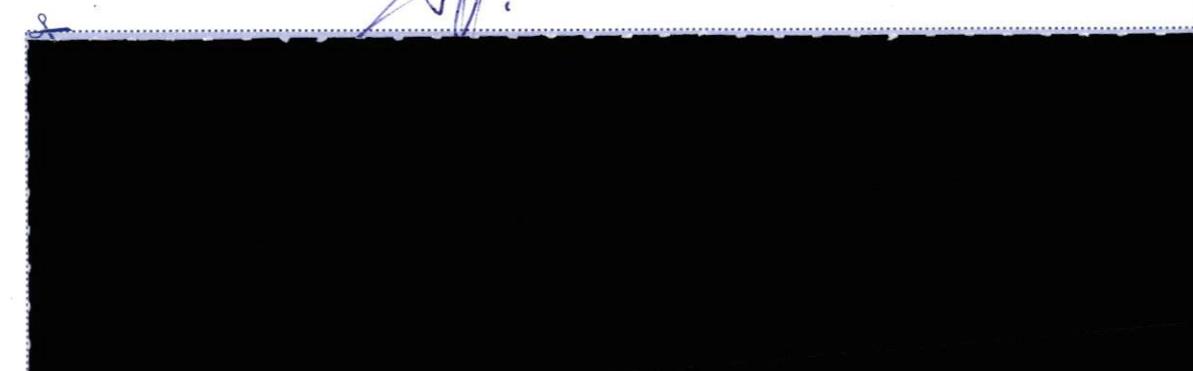
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : CASA Le : 03/05/2021

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 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre Gauthier de Kinésithérapie 12 Rue de la Gare 75224 Paris 02 Ref: 052218822	30.04.21	ADM				1500 x 1,6 = 1500,00

### 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
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches.				



CENTRE GAUTHIER  
DE KINÉSITHÉRAPIE

Patient :

H. Mohamad Hassan Kahil

Facture N° 21/21

Date : 30.04.21

Nous, Centre Gauthier de kinésithérapie, attestons  
que H. Mohamad Hassan Kahil a subi 10 séances  
de rééducation fonctionnelle pour tendinite d'épaule  
et ceci à raison de 150Dhs l'heure. Du 05.04.21 au 30.04.21  
(voir verso)

Total: 150Dhs x 10 = 1500Dhs  
AHM,

La facture est arrêtée à la somme de mille  
cinq cents Dirham

CENTRE GAUTHIER DE  
KINÉSITHÉRAPIE  
12, Rue Washington, RDC Appt 3  
Quartier Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522279822

- 1) 05.04.21  
2) 07.04.21  
3) 09.04.21  
4) 12.04.21  
5) 14.04.21  
6) 16.04.21  
7) 18.04.21  
8) 23.04.21  
9) 25.04.21  
10) 30.04.21

1.000,- ab 1.000,- J.T.T  
100,-

1.000,- ab 1.000,- J.T.T  
100,-





**Nom & Prénom :**

H. Kahlil Mohamed Hassan

---

12, Rue Washington, RDC Appt 3 , Quartier Gauthier  
Casablanca - Tél : 05 22 27 98 22

Séances	Date	Heure	Avance
1	05.04.21	10h30	
2	07.04.21	17h30	
3	09.04.21	09h30	
4	12.04.21	09h30	
5	14.04.21	09h30	
6	16.04.21	09h00	
7	19.04.21	09h00	
8	23.04.21	09h00	
9	26.04.21	09h00	
10	30.04.21	09h00	