

# 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.

N° M21- 042035

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

74091  
1388

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZIANI

MOHAMED

Date de naissance : 1956

Adresse : Reg. ELFAJR Fm. n° 11 ELQOSS

3/ BERNAUSS

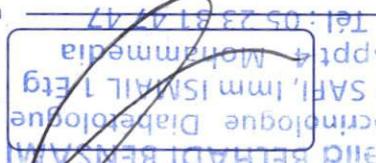
CASABLANCA

Tél. : 06 66 93 43 25

Total des frais engagés : 2148,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2021

Nom et prénom du malade : BOUZIANI MOHAMED Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

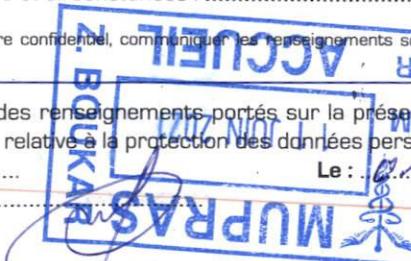
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 01/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture   |
|--|----------|---|
| <i>CHOPERA</i>                         | 25/06/21 | PHARMACIE GENEVRENE<br>Dr. HROUSALIA<br>Rue ... 17870 ...<br>Quartier ... Béroulli<br>1848) 100 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 l'OC.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | D        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
|          | B        |

## [Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows point from each circle to its neighbors, indicating a path or movement pattern. The grid is bounded by a thick black border.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

