

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10687

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DINAR BOUCERA

143338

Date de naissance :

Adresse :

Bd Anouar. Résidence Andalousseia  
Immeuble 40. Apt N°7 Casablanca.

Télé : 0661213912

Total des frais engagés :

.Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur A. REFASS**  
**TRAUMATO-ORTHOPÉDIE**  
**PEDIATRIQUE**  
Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
ICP: 001379391000063 - INPE: 091119495

Date de consultation :

23 DEC. 2022

Nom et prénom du malade :

MIFTAH

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Egyp lux et han 21/12/2022

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

#### **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
3 DEC 1997	3		30000	<p><del>Professeur A. REPASS TRAUMATO OPTIQUE PEDIATRIQUE</del></p> <p><del>Tél.: 0522 942000 - 0522 26 95 98 01679331000063 - INPE 017102493</del></p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

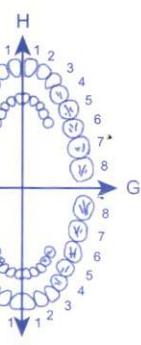
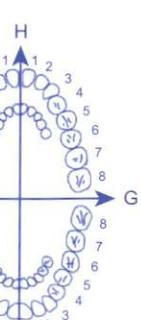
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOLOGIE ANOUAL

## AUTORISATION DE TRAITEMENT

**N° ADMISSION****M-22-12-0609-016/23000013****Nom et prénom****MIFTAH ISMAIL****Médecin radiologue****DR FARAJ HAMZA****Médecin traitant****DR REFASS ABDELOUAHED****N° téléphone****0661213912****Assurance****MUPRAS (RAM)****Admis par****NAIIMA****Liste des examens :****IRM EPAULE**

2 400.00

**Visa Caisse**

CASABLANCA, LE 24/12/2022

**DEVIS**

M-22-12-0609-016

N° D220013757 24/12/2022

NAIIMA

Nom et prénom du patient : **MIFTAH ISMAIL**

Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie**

Examen radiologie

Examen radiologie	Nombre	Prix unitaire	Montant
IRM EPAULE	1	2 400.00	2 400.00
		<b>Sous-Total</b>	<b>2 400.00</b>

(\*) Produits facturés à l'unité

Total devis **2 400.00**





الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumatoto-Orthopédie Pédiatriques

23 DEC. 2022

MIFTAH. ISMAIL

luxation rélässante  
épaule G

IRM Scapulo-humérale G

Professeur A. REFASS  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
PEDIATRIQUE  
Tél.: 0522.94.20.00 - 0522.25.95.98,  
ICEL: 00167939:000053 - INPE: 091119495

Cabinet : 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5ème étage - Casablanca  
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

Clinique Attai : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca  
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028