

# 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° W21-791347

AS479

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12948	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUACHMI Zineb
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	31/03/84		
Adresse :	Résidence Ambar 1 Appt 033 Quartier Afmaz - 20190 Casablanca		
Tél. :	0661194727	Total des frais engagés :	600,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
03/03/23			
Nom et prénom du malade :			
AIDANI HIBA Age: 10 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant 			
Nature de la maladie :			
Traitée odontologique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pilconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
 <b>R ACCUEIL</b>			

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 : 24/03/2023

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
03/03/23	CIS	1000 DH	INP : 091268532	 Dr. Idriss Pédagogique

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
	$  \begin{array}{c c}  H & \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B &  \end{array}  $		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

**Docteur Imane BOULAAJINE**  
**PEDOPSYCHIATRE**  
**PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC**  
Bébé - Enfant - Adolescent



**الدكتورة إيمان بولعجين**  
طبيبة نفسانية  
عالجة نفسية  
رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)  
Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)  
Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca Le : 03/10/2018

## CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigne, Docteur Imane Boulaajine et certifie avoir reçu  
L'enfant **AïDAWI HIBA** en consultation pédopsychiatrie ce  
jour .

Ce certificat est délivré à l'intéressé à sa demande pour servir  
et valoir ce qui est de droit

