

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 à caractère personnel.

N° W21-772370

Malade longue durée

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4615	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KINANI DUAFAA			
Date de naissance : 02/08/61			
Adresse : Résidence Mansour Rue Kadi Bakkan Tunis: E Appr: 2 - 3 ème étage CASABLANCA			
Tél. : 0661334933	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Docteur Moulay ALAOUI  
Médecin Cardiologue  
Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : KINANI M. J.

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque

Enfant

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 sur mer

Le : 29/06/2023

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
9/12/2023	VS		57	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>  Docteur Moulay ALAOUI Médecin Cardiologue Spécialiste de l'Insuffisance Cardiaque

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE</b> 30 - BIOLOGIE CONVENTIONNÉE 18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS 75 3 79003 9 - Tél : 01 47 23 52 44	10/03/23		85,42

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# Laboratoire MARBEUF

Dr C. COHEN - Dr S. MADOUX

Biologistes

18 rue Marbeuf - 75008 PARIS

Tél. 01.47.23.52.44

N° siren: 33847136000143 N° Finess : 753790039

Fax: 01.47.23.52.83

Mme KINANI OUAFAA

1 BIS RUE JEAN MERMOZ

75008 PARIS

Dossier N° 3MF0690004

du 10/03/2023

Montant : -36,18 euros

## ATTESTATION DE PAIEMENT

Le Directeur du laboratoire

certifie avoir reçu la somme de 85,42 euros

en règlement de l'ordonnance 052009761

des examens du 10/03/2023

du dossier n° 004

de Mme KINANI OUAFAA

**PAYÉ**

LABORATOIRE  
30 - BIOLOGIE - CONVENTIONNÉE  
18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS  
Tél. : 01 47 23 52 44

Ordonnance n° 052009761 du 10/03/2023

Prescrit par

N° Dossier :0004 du 10/03/2023

Num.

Nom Assuré MME KINANI OUAFAA

Nom Patient Mme KINANI OUAFAA

Né(e) le 02/02/1961

Total B < à 100%

314

Total Examens Laboratoire

81,64 euros

Prél + Déplacements

3,78 euros

Hors nomenclature

85,42 euros

Total facture

Part Assuré (e) réglée

85,42 euros

Montant :

-36,18 euros