

# 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.

mupras.com

08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie**

N° W21-793439

272389

C. NIN

A

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7131

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BEN JDYA

AMINA

Date de naissance : 31-01-66

Adresse :

Tél. : 522912924

Total des frais engagés : 1711321

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Dr. Xavier MEON**

**Médecine Générale**

24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza  
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

Date de consultation : 16/08/2023

Nom et prénom du malade : BEN JDYA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : asthme / dyslipidémie

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'atelier médical conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ZB

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet de Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes <b>INPE 091240218</b>
16/08/2023	consultation		# 172,-	<b>Dr. Xavier MEDN</b> Médecine Générale 24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<i>ZAHZOUHI AMINA</i>	<i>16/08/23</i>	<i>321,70 Dhs</i>
<i>PHARMACIE DR BOUZA</i>		
<i>ar Bouazza Ouled Jerrar</i>		
<i>ar Bouazza Ouled Jerrar</i>		
<i>05 22 29 01 14</i>		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

LE VUE DES FRAIS EST ENORAIRES

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 cancéreux.

NP :

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Therapeutic value.

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATLE

PPV

LOT

PER

28.6

P.P.V.

09366030/4

LOT: M0829  
PER: 07/2024  
PPV: 78,60DH

407A  
7.2027  
2000 HHS

الدكتور طب ع خريج

Mme BENJDYA Amina

## CASABLANCA, le :

## Ordonnance

16/08/2023

49,60.

D-CURE FORTE 100000 UI :  
1 ampoule tous les 3 mois

232

VITANEVRIL FORT :  
1 cp 3 fois par jour

53,10  
RE

RELAXOL 500mg / 2mg :  
2 cp 3 fois par jour

78,0

ALORA 5mg :  
1 cp par jour

32,02

EUCARBON : 1 à 2 cp par jour

291

ZITHROMAX 500mg  
1 cp par jour pendant

321,8

**Dr. Xavier MEON**  
Médecine Générale  
24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza  
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

Docteur Xavier MEON