

## 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

- Reclamation : 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° W19-486289

N° D: 14496.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13314</u>	Société : <u>Royal Air MAROC</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SALMI KHALIL</u>			
Date de naissance : <u>11/07/1992</u>			
Adresse : <u>Cité 3 MARS ENTRÉE 31 N° 04</u>			
MÉHAMMEDIA MAROC			
Tél. : <u>121263472571</u>	Total des frais engagés : <u>300</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DOCTEUR SABIR Mehdi            Bd. La Résistance, Résidence Med. Amine            Porte Othmane, 1er Etage - Mohammedia            tel. : 05 23 28 49 24         </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>25/11/2019</u>			
Nom et prénom du malade : <u>SALMI KHALIL</u> Age: <u>27 ans</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>27 DEC 2019</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>27 DEC 2019</u>			
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 : Mohammed Le : 25/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : SA

SA

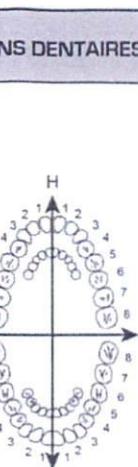
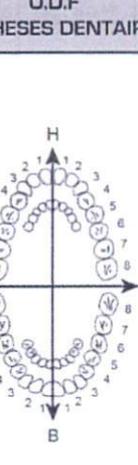
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

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
DOCTEUR SABIR MEDICAL Bd. La Résistance, Résidence Méditerranée 1er étage - Mohammedia Tél. : 05 23 28 49 26	25/11/12	Rx pancréatique Z-28	300.00

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

### VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
				MONTANTS DES SOINS		
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
					H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
					<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					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						

## Ordonnance

Mohammedia, le : ٢٩/١١/٢٠١٩. الخمدي في :

Khalil Selmi

- AT9 / bias normaux.
- Présence de trous les dents
- 18/28 inclus.
- 3P mallevé.

Dent le mallevé. 300,00 Dhs

  
Dr. Mehdi  
d. La Résistance, Résidence Med Amine  
Porte Othmane, 1er étage - Mohammedia  
Tél. : 05 23 28 49 24

• علاج اللثة • تعويض الأسنان • جراحة الفم والأسنان - الليزر • أشعة البانوراميك - سكانير  
• Parodontologie • Prothèse dentaire • Chirurgie Buccale - Laser • Radiographie panoramique - Scanner

شارع المقاومة، إقامة محمد أمين باب عثمان، الطابق الأول - الخمدة

Boulevard La Résistance, Résidence Med Amine, Porte Othmane, 1<sup>er</sup> étage - Mohammedia  
Tél. : 05 23 28 49 24 - GSM : 06 20 60 41 71 - dr.sabirmehdi@gmail.com