

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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	<a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>
0 Prise en charge	<a href="mailto:pech@mupras.com">pech@mupras.com</a>
0 Assurance et changement et de statut	<a href="mailto:adhesion@mupras.com">adhesion@mupras.com</a>

La déclaration de maladie et affection longue durée (ALD et ALC) doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

MUPRAS		Déclaration de Maladie
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		N° W19-489174
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 627	Société : <i>MR = 30362</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MR. AIT M'HAMED AHMED		
Date de naissance : 12/03/1944		
Adresse : N° 61 HAY ESSALOM RUE MADYAK TOULOGHA CASABLANCA		
Tél. : 0634605386	Total des frais engagés : [ ] Dhs	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<b>DR HABIBI F.</b> <b>Spécialiste en Dermato-Vénérologie</b> Allal El Fassi Lot RAT MI		
Date de consultation : 11/02/2020	Nom et prénom du malade : AIT M'HAMED AHMED	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Zone hyperpigmente</i>		
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(e) :

DEVIS DE SOINS ET HONORAIRES				
Date	Praticien	Nom et Prénom du patient	Montant détaillé des honoraires	Quotient à appliquer sur l'honoraire
11/02/20	Cs	Cs	210,00	Sur n°ABDH30801
				Spécialiste en Dermato-Vénérologie 3. Av Allal El Fassi Lot. R.A.T MA Marrakech Tel. 0524 30 82 94

#### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QUODS BENABDERRAZIK Abdellah Av. Allal El Fassi, Marrakech Tel/Fax : 05 24 30 82 94	11/02/2020	873,20

#### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

H	A	B	C	D	E	F	G
O.D.F							
PROTHESES DENTAIRES							
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
H							
(Creation, remont, adjonction)							
(Suppression, Transfert, que concernent les prothèses)							
B							
63,20							
63,20							
63,20							
63,20							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS							
VISA ET CACHET							

Dr. F. HABIBI  
Sp. Liste en Dermato-Vénérologie  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de Lyon

الدكتورة ف. حبيب  
اختصاصية في أمراض الجلد  
والأمراض التنايسية  
خريجية كلية الطب بليون

AN. LKH

Marrakech le:

11/02/20

، راكش في،

M<sup>2</sup> AIT MHAIMED  
ARMED

432,00

5,2

YVANEX 500 (KAL)

63,20 2 — 2 — 2 x 750  
x4 74 154 254

Y 24 NTEC 0-0-1 <sup>20H</sup> 3,2

10,30 3) Dousbrane 500 (400g) 3,2  
x2

1 — 1 — 1

bijouterie

4) EXCELI AL pariwani

2 fois 1/2 et + si nécessaire

873,24 -

صيدلية القدس



PHARMACIE AL QUODS  
BENABDERRAAK Abdellah

Av. Allal El Fassi - Marrakech

Tel: 0524 30 55 40

Dr HABIBI F.  
Spécialiste en  
Dermato-Vénérologie  
Allal El Fassi - Lot R.A.T.MA

شارع علال الفاسي 30591 مراكش

Office: 0524 30 55 40

3, Avenue Allal El Fassi - Lot R.A.T.MA - Marrakech

# EXCIPIAL®



Glycerin

Menthol

P 168.00



06-2021

LOT 50945

LOT 19005

PER 07/22

PPV 432DHUO

## CHECK-LIST

### DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

#### BIOLOGIE ET RADIOLOGIE

- Copie des résultats
- Facture
- Ordonnance
- Pli confidentiel

#### DENTAIRE

- Accord préalable avant le traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Facture
- Radio après traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Radio avant traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Restitution des anciennes prothèses

#### HOSPITALISATION

- Cachet de la clinique sur la feuille de soins
- Compte rendu opératoire
- Copie compte rendu des radios
- Copie résultat de l'anatomopathologie
- Copie résultat des analyses
- Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale
- Entente préalable
- Notes d'honoraires
- Ordonnance et factures des actes sous traités
- Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale

#### OPTIQUE

- Facture de l'opticien
- Ordonnance

#### REEDUCATION

- Copie radio relative à la même maladie
- Entente préalable remplie par le médecin
- Facture

#### PHARMACIE

- Ordonnance \*  
 Vignettes des médicaments PPV \*\*

\* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

\*\* Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule: 627

FS n°: W19-489171