

## 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.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-542043

ND: 35080

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

11761

Société

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

MOBARAK Mohamed Yacine

Date de naissance

15/05/1976

Adresse

Im 1 APP 29 Etage 4 CH 6 Fakir  
Im 101 - 0522 28.04.05 - 0593.26.98.18  
- DAR Bous 332

Tél :

0661130377

Total des frais engagés

300,00 DHS



Cadre réservé au Médecin

27 JUL 2020

Dr. MICHAM SIBAI  
Pr. en Chirurgie Pédiatrique  
117, AV. 2 Mars Angle rue de Rome, Rés. Al Hayat  
5ème Etage N° 25 - Casablanca  
Tél: 0522.28.04.05 / 0659.26.98.18

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie

ACCOUEIL SIEGE RA  
MOBARAK Mohamed YAHIA Age: 22 ans

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

Signature de l'adhérent(e)

Le : 21/07/2020

### 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
18/07/2020	22/07/2020	3	3000	INP : 09062374 Dr. HICHAM SISSI Pr. en Chirurgie Pédiatrique 117, AV. 2 Mars Andalousie de Rome, Rés. Al Hayat 5ème Etage N° 28 Casablanca Tél. 0522.28.04.05 / 0650.26.98.58

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 18/07/2020

## Pré-Facture N° 59496

Etablie par BOUCHRA ACCUEIL Page 1/1

### Identification

N° Dossier : X0G188621

N° Identifiant : 20075549/20

**Nom & Prénom : MOBARAK MOHAMED YAHYA**

C.I.N. : GGG

Date Début : 18/07/2020

Date Fin : 18/07/2020

Adresse :

Traitements :

Médecin : SIBAI HICHAM

Préstations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Frais clinique	1	100,00			100,00
					<b>Total Rubrique :</b>
					<b>100,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					
					<b>100,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. SIBAI HICHAM (CHIRURGIEN)	1	200,00			200,00
					<b>Total Rubrique :</b>
					<b>200,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					
					<b>TOTAL FACTURE</b>
					<b>300,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

*Trois cents Dirhams*

Cachet et signature

