

# 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.

## Biologie 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.

## caire :

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.

## die 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

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.

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6341 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FARIS EP. KANA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... 10 AOUT 2020

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) :

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																	
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553					
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																	
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																	
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>																	
<b>FIN D'EXECUTION</b>																	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																	
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																	
<b>DATE DU DEVIS</b>																	
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
DROITE HAUT BAS GAUCHE				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>												
DROITE HAUT BAS GAUCHE				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>												
				<b>Début d'execution</b>  <input type="text"/>												
				<b>Fin d'execution</b>  <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>												
DROITE HAUT BAS GAUCHE		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">D</td><td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center; border-top: none;">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	D	H	25533412	21433552	00000000	00000000	G	G	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
D	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
G	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>												
				<b>Fin d'execution</b>  <input type="text"/>												

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 17 / 0066611</b>		 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P17 0066611

**DATE DE DEPOT**

/ ..... /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 63y	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>V Kana Layache</u>		Fonction <u>Jeune</u>	
Phones _____		Mail _____	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>FARIS EP KANA AICHA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>78 ans</u>		Date <u>01 JUIL 2020</u>
Nature de la maladie <u>FA à hospitaliser urgent</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <u>consultation Cardi</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>200DH.</u>	
<b>PHARMACIE</b>	Date _____		
Montant de la facture _____			
Signature et cachet du Pharmacien			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date _____	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date _____	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			