

# 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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



Maladie

Dentaire

Optique *44276*  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8752* Société : *ROYAL AIR MAROC*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *CHELIAT TAREK*

Date de naissance : *03/11/1969*

Adresse : *HABITUELLE*

Tél. : *0661310005* Total des frais engagés : *317,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Amal BOUGHNAMA**  
Pédiatre Allergologue  
120, Bd. Moudawalli, 10100 Tanger

Date de consultation : *03 OCT. 2020*

Nom et prénom du malade : *CHELIAT TAREK* Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *hypothyroïdie*

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

*16 OCT. 2020*

*ACCUEIL*

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.

### 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
03 OCT. 2020	11	4	250	Dr. Amal BOUGHNAMA Pediatre Allergologue 120, Bd. Bourguiba, Tunisie 101

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/10	67,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1				

# الدكتورة أمل بوغنامه

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثيل

03.10.2020



Enfant C  
Poids : 18  
Age : 5 ans

LOT : 0055  
EXP : 01.01.2022  
PPV : 40,50

Pour la toilette du siège 2 fois par jour

2 KETODERM 2 % crème : T/15g

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 3 semaines.

3 EFFICORT HYDROPHILE 0,127 % crème : T/30g

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 4 jours.  
Puis faire 1 application le soir, pendant 4 jours.

