

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7047

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAGHMIN MOHAMMED

Date de naissance :

23.05.1963

Adresse :

LOT HAFIZAH 6 NR 13 AV. ECOLE

CASABLANCA

Tél. :

0662766238

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/10/2020

Nom et prénom du malade :

Mme TALHA WOHLA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

covid-19 covid-19

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) :

Le : 12/10/2020

ROYAL AIR MAROC

N° W19-570990

53914

Optique

Autres

## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/07/2016      | CI                |                       | 15000 HT                        | INP : 09118181<br>DR EL KHADDOUKI Médecin EXAMINÉ PAR          |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur                                  | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| STÉPHANIE LANGE<br>Maj faturan sur N° 3 Lot 6<br>France - Taxis 22 97 02 | 12/10/2020 | 312,80                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                             |                        |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |

#### **FRAIS 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES                      | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | 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"/>         |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b> | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | D | G | 00000000 00000000 |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                                    |  |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| D                                    | G  |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| 00000000 00000000                    |  |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| 25533412                             | 21433552   |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| 00000000 00000000                    |  |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| 35533411                             | 11433553   |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
| B                                    |  |                  |             |  |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |   |   |                   |  |          |          |                   |  |          |          |   |  |  |

Docteur Widad El Khadraj



الدكتورة وداد الخضرج

Médecine Générale  
Echographie

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca, le .....

12/10/2022  
الدار البيضاء في

Lot : LOT : 200200  
PPV : 95,00DH  
UT AV : 01/2025

Exp :

1 - ff Bain 500 18/10/2022 AS  
05/01/2023 18/10/2022 AS  
2 - Azix 500 (cerotti) 18/10/2022 AS  
29/10/22 18/10/2022 AS  
3 - Solepes 20 28/10/2022 AS  
58,40 18/10/2022 AS

حي الوفاق 3 رنقة 65، رقم 59 الألفا - الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)  
Hay Wifak 3, Rue 65, N°59 EL OULFA - CASABLANCA (Près de Pharmacie Al Wifak)  
Téléphone : 0522 891 927 - 0612 220 620

WIDRAJ  
Khadraj  
Médecine Générale  
Casablanca  
N°59 El Oulfa  
Rue 65  
10/2022  
PHARMACIE HANNA  
Casablanca  
Rue 65 N°3 Lot 64  
Téléphone : 0522 891 927 - 0612 220 620