

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-786736

150 066



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 11449		ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAHREZ IKBAL			
Date de naissance : 20.12.78			
Adresse : 13 RUE 1 LOT AMINE 3 BERRECHID			
Tél. : 06 33 91 58 64		Total des frais engagés : 150 + 574,50 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		DR. ESSOUBI Abderrahim Omnipraticien 128, Bd Mohamed V Berrechid Tél: 06 22 33 75 70 06 50 43 56 34
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 11 FEV. 2023		
Nom et prénom du malade : MAHREZ IKBAL		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : éhite - bronchite		
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 :	BERRECHID	Signature de l'adhérent(e) : MAHREZ IKBAL
R ACCUEIL		1. BOUAZZANE
M 20 FEV. 2023		

#### **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
11 FEV 2023	C	1	1500	INP : 061 082 402 Dr. ESSOUBI Abderrahim Ophtalmopraticien 128, Bd Mohamed V Berrechid Tel: 05 22 33 75 70 06 50 43 58 34

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ش.م.د. عصام الدين سعيد العبيدي 65-05-0022-55-4-14-1522 ٦٥٠٥٠٢٢٥٥٤١٤١٥٢٢	1/1/2023	574,15 د.ع

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

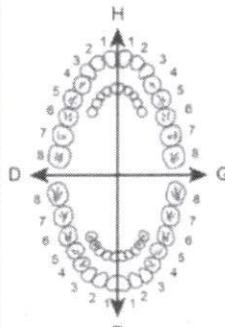
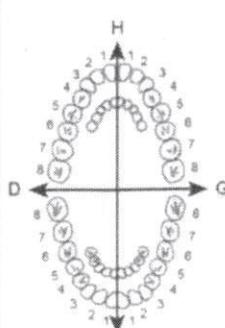
AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبسي

الطب العام  
الفحص بالصدى

11 FFV. 2023

Berrechid, le .....

Nom : MAHREZ

Pds : IKRIS

TA : /

LOT 22003  
PER 05/25  
PPV 90 DH 50

95,50 - ERY. 500  
1-0-1

96,00 - CETRAXAL - plus  
4 Gouttes 2x50

45,00 - La. bronch. 50  
1-0-1

Ventoline 517  
2x4x1 jet

ZENTH Pharma  
AMM N° 37683/12/21/TR/DMP/Z/E 01  
6 11800127353  
PPV : 96,20 DH

SYNTHEMEDIC O  
22 rue soueiri bni al soueiri roches  
noires casablanca  
SYNTHICORT TURBUHALT™  
Pdr poud.  
200,0 µg  
Flacon de 120 doses  
10474 DMP 21ARQ PPV : 297,00 DH  
6 118001 020706

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

18. Dr. Abderrahim ESSOUBI  
OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE  
05 22 33 75 70  
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70  
GSM : 06 50 43 56 24

05 22 33 75 70 شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس

128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70

GSM : 06 50 43 56 24