

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° M20- 0001332

162376

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD

Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : N° C12 CITE LAYA ROUTE D'EL JADIDA

CASABLANCA

Tél. : 0664350290 Total des frais engagés : 273 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 : / /

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 Le : 22/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : CM

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie <i>Réhan</i> SOCIÉTÉ MÉDICALE PHARMACEUTIQUE D'AL QUASNI Khaoula Directeur en pharmacie Dr Ahmed Akrad ex-aviateur Casablanca - Tel 0522994975	22.05.22	275,-

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	MONTANTS DES SOINS

	Coefficient DES TRAVAUX	
		DATE DU DEVIS

	MONTANTS DES SOINS	
		DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Mr ENNEHAS FOUAD

Matricule : 06446 N° CIN : B 659 683

Adresse : N° C12 CITE LAYA ROUTE EL JABIDA CASA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Pr. ZOUBIDI ZINABDIN Muh.

Pr. Agrégé - Cardiologie Internationale

67, Rond Point de Marseille Oasis

67, Rond Point de Marseille Oasis - Tel. : +212 5 22 25 51 35

Mob. : +212 6 69 58 10 81

N° INPE : 09 10 26 955

Certifie que Mlle, Mme, Mr : Mr. ZOUBIDI ZINABDIN Muh.

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HFA

Dont ci-joint ordonnance : 273.00

Traitements prescrits : Exfolge 10 / 160 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 0522 10/10/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
Professeur Agrégé Cardiologue
Interventionnelle
67, Rond Point de Marseille Oasis
Tel. : 05 22 25 51 35

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



**Pharmacie ERNEST RENAN-Sté LAMEDICALE
PHARMACIE -**

Dr Khaoula LAMOUASNI RACHIDI
+212522994975

Facture N° FAC-22702

Date : 22/05/2023

ENNEHAS FOUAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
EXFORGE CO 10MG/160MG B28 COMP	1	273,00	1	273,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	273,00 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	0 DHS
Montant (DHS)	0	0	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	273,00 DHS
				Total	273,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent soixante-treize DHS

Pharmacie Ernest Renan
SARLAU LAMEDICALE PHARMACIE
Dr LAMOUASNI Khaoula
Docteur en Pharmacie
34, Rue Ahmed Akrad ex-aviateurs Oasis
Casablanca - Tel 0522994975

