

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

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5738**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZOUAFI MO HAMED**

Date de naissance : **31/12/1955**

Adresse : **CITE EL HANK - Zmm. 1 - Appt. 17 - CASABLANCA**

Tél. : **0661 769233**

Total des frais engagés : **709,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/6/2023**

Nom et prénom du malade : **SAHIB COLLE**

Conjoint

Lien de parenté :

Lui-même

Age : **66 ans**

Nature de la maladie : **Douleur lèvre**

Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **12/6/2023**

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
12/6/23	cs	Goutut		DR SAMLA PADEMLAID Signature d'un praticien ASABLANCA 15/03/91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 GHAZI LAILA AL-AHWAINE Pharmacie 096 34 72	12/6/23	709,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

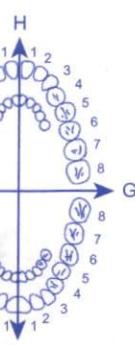
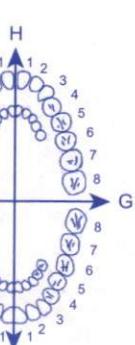
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien

طبيب جراح

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon
 Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de
 Franche - Comté

جراحة العظام
 جراحة المفاصل

Membre de l'association Française de Chirurgie

Chirurgie Orthopédique
 Traumatologie

Casablanca, le 12 - 06 - 2023

SAHIBEDDINE FADI LA

70,90 x 3 - Profenid ~~15~~ 15 / ml. }
212,70 Nalgesic 35 / ml. }
76,50 + 6 }
82,50 - Depo - medrol 1 ml. }
37,70 - Dr. N. 3 mm.

Dr. Abd. : 709,40 dt

Dr. SAMLAL ABDELMAJID
 Clinique d'Orthopédie
 95, Rue d'Azilal CASABLANCA
 Tel: 05 22 31 91 59

PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V : 70DH90
PER.02 2025



6 118000 060802

PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V : 70DH90
PER.12 2024



6 118000 060802

PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V : 70DH90
PER.05 2025



6 118000 060802

LOT 211823
EXP 07 2024
PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT 213330
EXP 12 2024
PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT 221831 1
EXP 05 2025
PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT 220883 1
EXP 03 2025
PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT 213330
EXP 12 2024
PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT 221831 1
EXP 05 2025
PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT/EXP.:
FW4135
09/2026
P.P.V.37DH70



6 118001 170487