

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

M22- № 003490

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 449 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASSI MOHAMMED A 65623

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 202, BD IBN SINA-HAYEL HANA, CASABLANCA

Tél. : 06.59.18.48.81 Total des frais engagés : 2.834,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2023

Nom et prénom du malade : M. NASSI MOHAMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H-TA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Depuis 19 JUIN 2023

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 : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : NASSI MOHAMED

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16.06.2023 | G3 | | 300,00 | REEL MARCHLOI Professeur André... Le 16.06.2023 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
|  <p>Mme Samira M.I.A.D 283, Bd Sidi Abderrahmane Salam C.I.L. Casablanca Tél: 022 94 6530 - 0522 94 29 49 Fax: 092042654</p> | 16/6/23 | 2594.40 |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

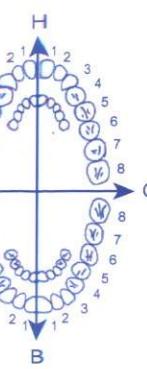
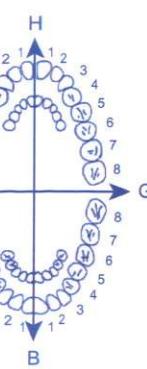
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | G 21433552 00000000 | B 00000000 35533411 | D 00000000 11433553 |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

M le 449

Monsieur NASSI Mohamed

Casablanca le 16062023

1- ATACAND 8 MG:
 1 CP MATIN ET SOIR

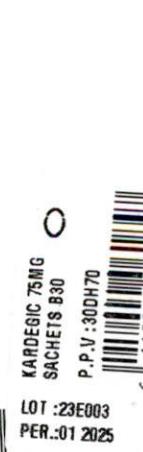
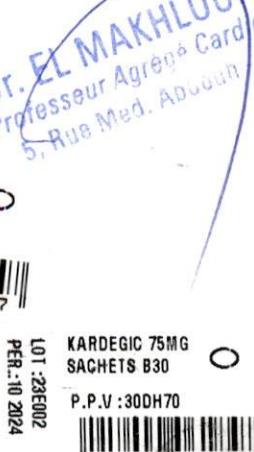
2- LDNOR 10 mg
 2 CP LE SOIR

3 KARDEGIC 75 mg
 1 SACHET MATIN ET OSIR

TRAITEMENT POUR 06 MOIS

Pharmacie MILAD
Mme Samira MILAD
 283, Bd Sidi Abderrahmane
 Hay Salam - C.I.L. - Casablanca
 Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49
 INPE: 092042654

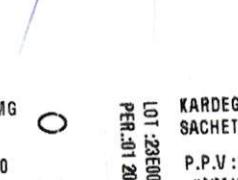
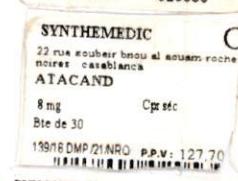
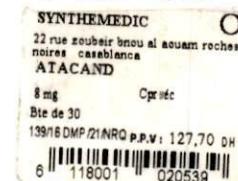
Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Abdouh Casa



**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
 EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83



SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benn al souam roches
 noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 139/16 DMP/21/NRQ P.P.V. 127,70 DH
 6 118001 020539