

# 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.

M22- 0044998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6639**

Société :

**ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SAADI OMAR**

Date de naissance :

**07/08/1963**

Adresse : **HAY AL QODS GROUP E ZENATA N 507 SIDI BERNOUSSI**

**CASABLANCA**

Tél. : **0668466961/0663086983**

Total des frais engagés : **0** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **20/06/2023**

Nom et prénom du malade : **SAADI OMAR**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Angines**

**Depression**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

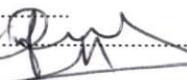
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **20/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

Authorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

### 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
20/06/2023	C	-		<i>C/S Sidi Bernoussi</i> <i>Dr. BACHRI Fatiha</i> <i>Médecin Chef</i> <i>C/S Sidi Bernoussi</i>

### EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL HAMD</i> Imm. G3G M2 Cte Al Boustante Casablanca - Tel: 0522 303 71	1266,80

### ANALYSES - RADIographies

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<i>189,10</i>



Le : 20/06/2023

PHARMACIE AL HAMD  
Im. G3G M2 Cité Al Boustane  
Casablanca - Tel : 0527303711

## ORDONNANCE

189.10 ~~189.10~~ Hr SAADI OMAR

① Tuneluz 20 mg 3 gel  
2 gel/jr le matin

36.30

② Anxiol 6 mg

79.30

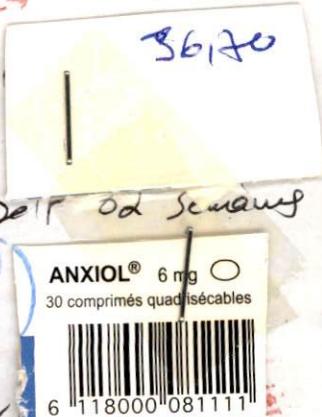
1/4 4/jr le soir pour 00h Seulement

③ Zithromax 500

15.30

④ Vitamine C 1g 55  
1cp/jr le matin

1266,30



ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrilobés

6 118000 081111

