

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 à caractère personnel.

Nº W21-811377

A70934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9198

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MRAH SAID

Date de naissance :

11/11/1957

Adresse :

555 RUE JBEL SAOURHO HAY RA'SANE

Tél. :

0661798981

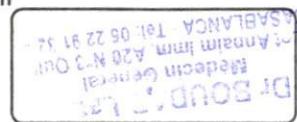
Total des frais engagés :

773,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21 JUIL 2023

Age: 65

Nom et prénom du malade :

EL Mrahi Said

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

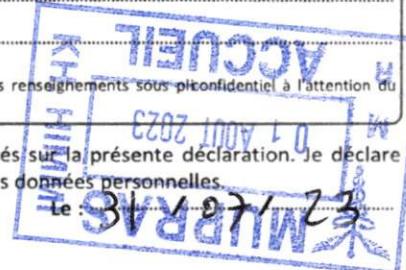
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 31/07/2023

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
21/01/2023		—	150	INP : 091035518 Médecin : Dr BOURGEOIS Signature : Dr BOURGEOIS Lettre : Dr BOURGEOIS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.07.23	092093037 623.50

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

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

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale

الطب العام

Diplôme U. en Diabétologie

دبلوم جامعي في داء السكري

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

خريجة كلية الطب العام

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 24 JULY 2023 الدار البيضاء، في :

EL Mrakha Sand



97,70 x 2

- Ance 10 g

S.i.

Imm de

~ 21 g

142,70 x 3

- Covagyl 10 g

S.i.

03 mois

~ 21 g

T: 623,50



142,70

142,70

SERVICE

142,70

أميپ

ملغ 5
عن طريق الفم

56 x

قرصا

مساء زوال صباح مدة

أميپ
أمليوديبين

AMEP® 5mg

56 comprimés

6 118000 081777

COOPER
PHARMA

5 mg

AMEP®
amlodipine

Comprimés/Tablets/Dragees/56x

أميپ

ملغ 5
عن طريق الفم

56 x

قرصا

مساء زوال صباح مدة

أميپ
أمليوديبين

AMEP® 5mg

56 comprimés

6 118000 081777

COOPER
PHARMA

5 mg

AMEP®
amlodipine

Comprimés/Tablets/Dragees/56x

أميپ

ملغ 5
عن طريق الفم

56 x

قرصا

مساء زوال صباح مدة

أميپ
أمليوديبين

AMEP® 5mg

56 comprimés

6 118000 081777

COOPER
PHARMA

5 mg

AMEP®
amlodipine

Comprimés/Tablets/Dragees/56x