

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

174418

Matricule : 00450

Société : Royalair Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FEGANI Mohamed

Date de naissance : 01.01.1962

Adresse : 119 HAY AL WAZDA, El Alia

20830 Mohammedia Maroc

Tél. 06 41 03 5073 Total des frais engagés : 1194,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation : 01.09.2023

Nom et prénom du malade : Yme EL KHASUDI Rahma A/11-45

Lien de parenté :

Fille/mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Etat grippal

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2022

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 : Mohammedia Le : 01.9.2023

Signature de l'adhérent(e) : 197523

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/09/23 | C | 200 | | DIH |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL HASSANI N° 165, BD DE LA RESISTANCE D. BEERRI NAILI EP. ZOUACH Tél. : 05 23 28 76 61 | 10/10/23 | 594,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | 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 canalaires, 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 |
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Baticha Lhousine
Médecin Généraliste

الدكتور بتيشة الحسين
طبيب عام

FD5: 0019 418

Prte 00450

Mohammedia, le : 2023

ORDONNANCES

- 30,80x2 Mme EL KITAOUI RAHMA
1) Age 51 CIC Ig 1g
6000 1g 3 flj
6000 2) Omeprazol 20mg
0,90 3) Bubnovent 300mg
29,80x2 1C/3flj
4) Azix 1g (06 j.)
40,90 5) ZinC 2500
16,90 6) Vit C 1000
56,30 7) Vit D 25000
25000 2Rf ferme

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE
N° 165, Bd. De la Résistance
El Alia - MOHAMMEDIA
Tél. 05 23 28 76 61

GH 10 Immeuble N ° 189 jnan Zitoune Mohammedia

Tél : 06 60 76 57 18 E-mail : HoussineBaticha@gmail.com

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE
N° 165, Bd. De la Résistance
El Alia - MOHAMMEDIA

Vita C1000®

PPV 26DH90 EXP 05/2026
LOT 33036 15

Salbutamol

PPV 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058 61

PPV: 56,30 DH
LOT: 22J24D
EXP: 10/2024

ASPEGIC 1G
SACHETS B10
P.P.V : 30DH80

6 118000 061083

LOT/EXP.:
GY6781
12/2027
P.P.V:37DH70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa Inj b2
P.R.V : 164.00 DH

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P 1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 6000UI ANTI-XA/0.6MI SER B2

P.P.V. : 164DH00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000u/ampoule inj b2
P.P.V : 164,00 DH