

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0023213

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

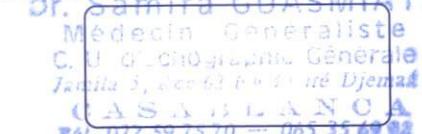
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	11165	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	181237
Nom & Prénom :		SAMI HAMID	
Date de naissance :		13/06/1972	
Adresse :		Cite dyane Jemila 37 n° 35	
Tél. :		0661579220	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	11/10/2023	Age :	
Nom et prénom du malade :	Dr SAMI HAMID	Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection RESPIRATOIRE + ASTHÉMIE		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CASA

Le : 11/10/2023

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
2023	C	1	1500H	DR. SAMIR A. MEDECIN U. de la S. 13 1amita S. R. 13 022 597570 = 065 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DOUINIA	11	
CE-153450700003	10	219,30
MENDEZ MENDEZ	2023	

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F	PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
		D 00000000	G 00000000	
		B 35533411	H 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. Samira GUASMIATE
Omnipraticienne
C.U. Echographie générale
ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 11/10/23

ORDONNANCE

N^o SAMI Hamid .

98,00

11 Zanox 1g sach .

22,70 (10 x 2)

21 Pectaryl 8p .

20,80

13 Dolifipple 10cs x 8p

15,30 sach .

41 Vit C 1000 mg

69,30

51



2 sel x 2fj ou 1p

219,30

Dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste /
C. U. d'Echographie Générale
Jamila 5, Rue 62, N°3, Cité Djemaa
C. A. S. 12, 1000 Casablanca
Tél: 022 59 5700 - 065 35 69 92

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 02/2026
LOT 31020 22

PPV: 98DH00
PER: 07-26
LOT: M 2250



PPV: 20DH00
PER: 01/26
LOT: M323

PPV 22DH70 EXP 02/2026
LOT 32043 4

PECTRYL®
SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP
150 ml