

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 des données à caractère personnel.

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *01190* Société : *ROYAL AIR MAROC*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *MALALI Abdessamad Fadil*

Date de naissance : *17-08-1947*

Adresse : *Lotissement Sidi Moussa - N° 103 - Anfa - Casablanca*

Tél. : *0661105408* Total des frais engagés : *+754,854* DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. M. ALLALI

Date de consultation : */ /*

Nom et prénom du malade : *EL ADRI RAJA* Age : *67*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HIA*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *Pathologie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *26 FEV 2006*

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 : *25/01/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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.
25/01/2024	Gst ECG	3000 Dh		DINNAJABI CARDIOLOGUE Rés. RIBH "D" Avenue Bd Bir Anzarane Rue Caid Achaâl, N° 106 de Agence (NWB) Quartier Mezzah - Casablanca Tél: 0522 99 70 28 - Fax: 05 22 99 20 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">PHARMACIE ABDERRAHMANE</p> <p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">SKIREDJ ROUAFI</p> <p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">15 - 16 Rue Kerdjoudji</p> <p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">Résidence Ambar - Casablanca</p> <p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">Tel: 022 79 79 91</p>	25/01/24	154,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

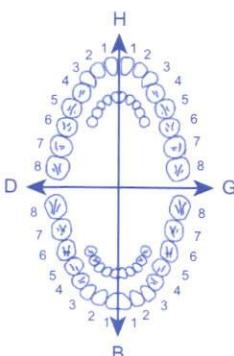
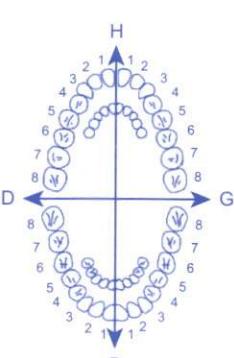
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

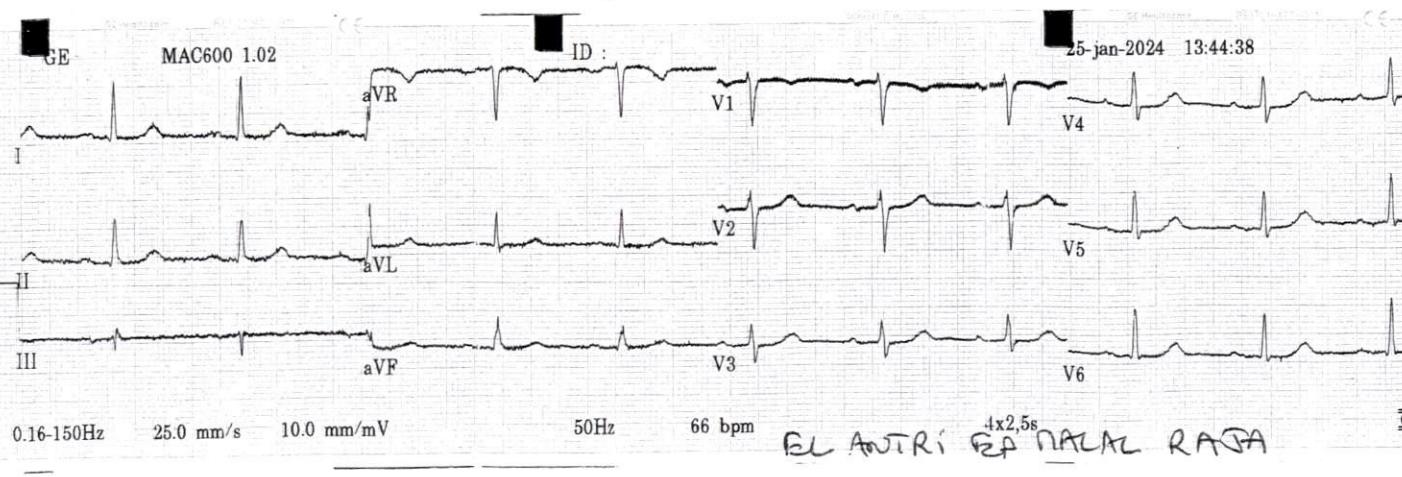
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. M. A. LAABDI
CARDIOLOGUE
ID :
Rés. RIBH "D", dagre Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achar (la Gendarmerie Agence It.WI)
Quartier Minar, Casablanca
Tel: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 70 87

Fréq. ventr. 66 bpm
Durée QRS 84 ms
QT/QTc 420/440 ms
Intervalle PR 206 ms
Durée P 116 ms
Intervalle RR 909 ms
Axes P-R-T 43 20 37

MAC600 1.02 12SL™ v239

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
و علاج القلب التداخلي

25/01/2024

El Antri Ep NALAL

RASA

1- EXFORge 5180mg
NSA⁶⁰⁺³ ou un ep li mohu
ou Suliot 5180 mg
un ep li mohu.

att
Zusis

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, 1er étage à côté de Agence Inwi
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 0522 99 20 87

1 W4,80 DH

PHARMACIE SIDI ABDELLAH
SKIRED J. Roukla
15 - 16, Rue Kergomar
Résidence Ambra - Casablanca
Tél: 022 79 79 01

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إقامة ربع « د » زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة ابني) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



عن طريق الفم

80
mg
5

28

سوليات®

فالزارتان / أملوديپين



0911511

6 118000 072379

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



عن طريق الفم

80
mg
5

28

سوليات®

فالزارتان / أملوديپين



0911511

6 118000 072379

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



عن طريق الفم

80
mg
5

28

سوليات®

فالزارتان / أملوديپين



0911511

6 118000 072379