

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

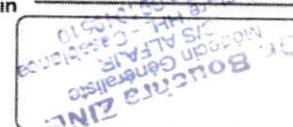
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-549871

71033

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5444	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HAMDOUN Abde P. Badi
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 77 88 40 82	Total des frais engagés :	151,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	30/04/2024
Nom et prénom du malade :	
HAMDOUN Nasser	
Age:	16
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
Maladie infectieuse	
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
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 18 MAI 2021

R ACCUEIL I. BOUTACHANE



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
30/04/2014	C	-	0€	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Equipe de soins <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spécialiste <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/04/2021	AF 1,25

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

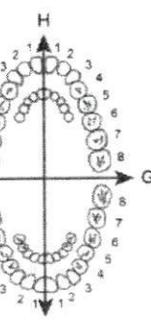
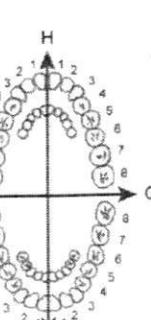
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">26633412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	26633412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	26633412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Direction Régionale Casablanca-Settat

DÉLEGATION HAY HASSANI



المملكة المغربية

وزارة الصحة

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

مندوبيّة الحي الحسني

Ordonnance

Date : 30.4.2021

Nom et Prénom : Melle Hamdaouen Noura

1 - Plaquinil 200 mg

1 cp x 3 fois / jour pendant 10 jours (toutes les 8h)

70,70

✓ S

2 - Azthromycine 500 mg cp

- 1 cp/j au milieu des repas
- 1/2 cp de j à j au milieu des repas

✓ S

3 - Vitamine c 1000 mg cp

1 cp x 2 fois / j pendant 10 j

40,90

PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
15bis, Bldc Hassan II
Hay Hassani Communal
022 93 26 74

4 - Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2 fois / j pendant 10 j

✓ S

5 - D-cure forte 25000

1 amp / semaine pendant 3 semaines

Pharmacie Nasri
Dr. Rachid Nasri
15bis, Bldc Hassan II
Hay Hassani Communal
022 93 26 74

6 - Cardioaspirine 100 mg

1 cp / j pendant 10 j

Pharmacie Nasri
Dr. Rachid Nasri
15bis, Bldc Hassan II
Hay Hassani Communal
022 93 26 74



PPV : 79DH70
PER : 11/23
LOT : J3284



Vita C 1000®

PPV 15DH3D
EXP 11/2023
LOT 0H040 4



Vita C 1000®

PPV 15DH3D
EXP 11/2023
LOT 0H040 4



ZINASKIN®

PPV 400H90 EXP 02/2024
LOT 11025 24