

## 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° W19-587499

73841

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1285 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CABRANE Abdellah

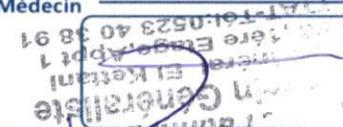
Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : KAMAL II BLOC A lot. M8 SETTAT

Tél. : 0664456419 Total des frais engagés : # 828,60 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 Juin 2021

Nom et prénom du malade : Calurane. Zainab

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

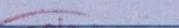
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : SETTAT

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél : 023 40 28 88	04/06/2011	678,60 DH

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

RELEVE DES SOINS HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée et le travail effectué 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.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000			11433553	D	B	G	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H		G																		
25533412	00000000	21433552																		
00000000	35533411	00000000																		
		11433553																		
D	B	G																		
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale  
Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité  
Cholestérol, Maladies Rénale



الدكتورة فاطمة الزهراء فائز

الطب العام  
الفحص بالصدى

التغذية والسكري السمنة  
رول أمراض الكلى

LOT : 20E011F  
PER.:05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



Ordonnance

Settat, le ... 04 Juin 2021

Nom et Prénom du malade : Alexandre Zahrane

1) Fludex 40 : (SV)

LOT : 20E011F  
PER.:05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



lept

04/2022

2) Aspegic 100

LOT : 20E011F  
PER.:05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



21.80x6

101.80

101.80

101.80x2

68.60 DH

02/2024

Via d  
Importé E

lept

04/2022

3) Coveray 62

LOT : 20E011F  
PER.:05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



lept

04/2022

4) Hepacat

(S.C.B)

LOT : 20E011F  
PER.:05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



الله محمد الكتاني رقم 88 الطابق الأول - شقة 1 - مصطفى - الهاتف : 05 23 40 38 91

N° 2, Angle Bd Général Kettâhi N° 88, 1<sup>er</sup> Etage Appt 1 Settat - Tél : 05 23 40 30 51

