

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-458705
82239

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : *9959* Société : *Royal Air Maroc*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *Faouzia Hassam*

Date de naissance : *01/03/1970*

Adresse : *78, Rue Rif Hay El Houda Berrechid*

Tél. : *0661569198* Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *02/08/2021*

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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 : *Berrechid* Le : *02/08/2021*

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
02/08/2021	CSTGC		1250,00	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Immatriculation Pharmacie Docteur en Pharmacie nd. Al Moukawama Lot Ennour Tel: 05 22 20 02 02	2021/08/2021	1.70,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

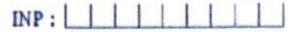
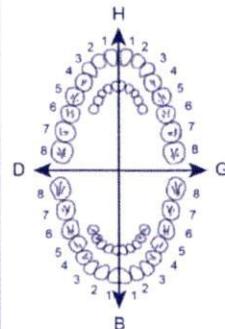
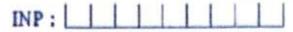
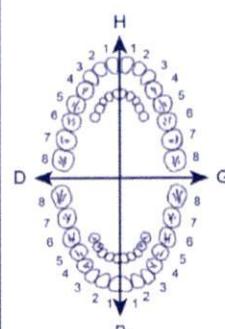
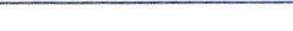
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : 
				
				
				
				
				
				
				
				
				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
D	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
				
				
				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

درب حكمة الطبيب بالطريق البيضاء

طبيب ساقية مستشفى الشيشة خلبة بالطريق البيضاء

طبيب ساقية مستشفى لوخدشيد بالطريق

حاصل على شهادة الفحص بالصدق من جامعة بوردو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **02 août 2021**

Mr. FOUINA IMAN'E

MONMAG B6



1 GEL/J le soir

KALMANER



1 gel X 2 /1 pdt 10 jours

Puis 1 gel /J le soir

Pharmacie ATI TAOUIA

Imane TMAR

Docteur en Pharmacie

123, Bd. Al Mouakawana - Lot. Ennour

Berrechid - Tél.: 05 22 32 45 94

LDT: 210431
TLLD: 02/2024
69,00 Dhs

FERPLEX® 40 mg

Efer protéïnsuccinate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016



4,180

AUROCARDYL 40MG
CP SEC 050
P.P.V : 41DH00

6 118000 010227

170,80

Pharmacie ATTANA
Imane TMAR

Docteur en Pharmacie

123, Bd. Al Mouakawana - Lot.

Berrechid - Tél.: 05 22 32 45 94

la imane

eLit No:

Date: 02/08/2021 20:23:28

Section:

CaseNo:

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	114 ms	Prompt:
Temps d'écha	64s	QT Interval:	393 ms	
FC:	75bpm	QTc Interval:	439 ms	
P Interval:	87ms	P Axis:	59.30,â	
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	71.70,â	
T Interval:	239 ms	T Axis:	51.00,â	

Docteur:

