

## 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.

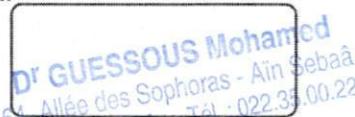
N° W21-685424

106688

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0778		Société : Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BRAJJI Mohammed		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 18/4/88			
Adresse : 1a. Bloc 124 cité chaf Agadir			
Tél. : 0614 088 949		Total des frais engagés : 5721 Dhs	

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

  
Dr GUESSOUS Mohamed  
Allée des Sophoras - Ain Sebaâ  
Casablanca - Tel. 022.35.00.22

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/2022

Nom et prénom du malade : ERRIHANI Hafida Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dyslipidémie

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

Le : 07/03/2022

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
04-03-22	C	G		INP : 57481081 Dr GUESSEUD Mohamed 64 Allée des Capucins - Ain Sebaâ CASABLANCA - Tel: 022.35.00.22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Le Rappelle Dr. AIT KITANE 95, Bd. My El Maâ - Rte. de Rabat Tél.: 0522 35 50 11</i>	Le 24/03/2022	5721,90 Dh

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

Dr Mohamed Guessous

Omnipraticien

Lauréat de la Faculté de Médecine  
Centre Hôpitalo - Universitaire / vicenne

الدكتور محمد جسوس

خريج كلية الطب

المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا

Casablanca, le ..... 04-03-22 ..... الدار البيضاء. في

Pharmacie Le Repere

Dr. Adil KITANE

395, Bd. My Ismail - Rte. de Rabat  
Tél: 0522 35 50 11

✓ ERRIHAN,  
HAFIDA

$$744,00 \times 3 = 2232,00$$

cantus 1000

SV

$$571,00 \times 3 = 1713,00$$

360 le m.

SV

$$399,00 \times 3 = 1197,00$$

Morozigie

20 - 20 - 20

SV

G alros ACT. 10/10

$$139,00 \times 3 = 417,00$$

15 lesni tij  
et 15 wuth et smi

SV

$$63,30 \times 3 = 189,90$$

me w 2

SV

T nit - 32 - 10/28  
15 p

Dr GUESSOUS Mohamed  
64, Allée des Sophoras - Aïn Sébaâ  
CASABLANCA - Tél.: 05.22.35.00.22

5721,90

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118 001 081615

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118 001 081615

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118 001 081615

**NovoRapid® FlexPen®**

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118 001 121304

**NovoRapid® FlexPen®**

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118 001 121304

**NovoRapid® FlexPen®**

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118 001 121304

6 118 001 031092

**GALVUS MET® 50 mg 1000 mg**

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

6 118 001 031092

**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

6 118 001 031092

**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**

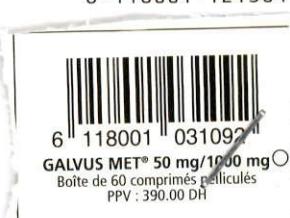
Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

8-9670-73-270-2

8-9670-73-270-2

8-9670-73-270-2



63,30

63,30



63,30

