

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.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | |
| Matricule : 8314 | Société : ROYAL AIR MAROC |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) |
| Nom & Prénom : BETTAH ABDELJABAR | |
| Date de naissance : 01 - 01 - 1968 | |
| Adresse : N° 323 LOT NAOURASE DAR BOUZZA CASABLANCA | |
| Tél. : 06 61 31 16 30 | Total des frais engagés : 774,94 Dhs |

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Docteur K SNOUSSI OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE Chirurgie de l'oreille 47, Avenue Hassan II Casablanca Tel : 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18 | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 04 / 07 / 2022 | | |
| Nom et prénom du malade : BETTAH ABDELJABAR Age : | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : Affection ORL | | |
| 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 : **04 / 07 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04.07.22 | OY | | 3000 | <i>Docteur K.S.N. SNE DENTISTE Chirurgien Dentiste Avenue Hassan II Casablanca 227-A 78 / 0622.26.94.67</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 04/07/22 | 474,30 |

PHARMACIE
Des Pharmastes
SALAM ZINEB
Mosquée Nouras El Manar
Casablanca 0522.29.28.59

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G' points right. A | | | | |

LOT: GA10496
PER: 09/2023
PPV: 75 DH

K.G.SNOUSSI

Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Orière

ATION COCHLEAIRE

Faculté de Médecine de Toulouse

ofesseur associé UM6SS

ervice ORL hôpital cheikh khalifa

NAZAIR® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

Barcode
6 118001 101269



الدكتور خالد سنوسي

إخلاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا))

رئيس قسم سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة
أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

04/07/2022

Monsieur BETTAH Abdeljabar

1) NAZAIR

2 pulvérisations nasale le matin 3 mois

2) ALLERGINE 10 mg (boîte de 30)

1 comprimé le soir pendant 3 mois

PHARMACIE
Des Libéristes
Dr. AL AALI & SNEB
Mosquée Nasouris Lot Nasouras
Casablanca - 0522.28.28.59

Docteur K. SNOUSSI
OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
Chirurgie de l'oreille
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05.22.27.80.78 - 05.22.26.94.67

ALLERGINE® 10mg
30 comprimés
Barcode
6 118000 080190

LOT: GA10496
F. R: 09/2023
PPV: 75 DH 00
Cpt

LOT: GA10494
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00

ALLERGINE® 10mg
30 comprimés
Barcode
83,10

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - محج الحسن الثاني الدارالبيضاء -

Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67

E-mail : k.g.snoussi@gmail.com - en cas d'urgence : 06 53 59 03 10