

## 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° W21-780073

146459

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12607			
Société : Royal Air Maroc			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif			
<input type="checkbox"/> Pensionné(e)			
Nom & Prénom : SBAI Amine			
Date de naissance : 05/01/1987			
Adresse : Résidence Aigle Naïre Route L'agouzou d'imm. N 4474 Darbouzga			
Tél. : 06 76 39 35 35 Total des frais engagés : 614,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Hicham KADMIRI**  
PÉDIATRE  
Tél.: 07 08 08 69 44

Date de consultation : 06/01/2023

Nom et prénom du malade : Age : 3ans 12

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Vaccination

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

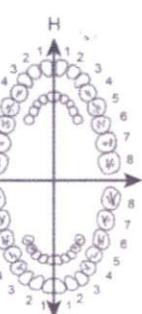
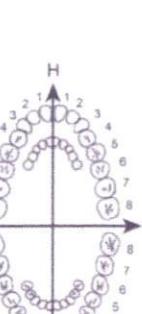
Le : 06/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Al Hamdolillah Dr ZAIDI H. fid. Assassi Al Ansari Dar Bala INPE : 092067214</p>	<p>06/01 22.2.3</p>	<p>Pharmacie Al Hamdolillah Dr ZAIDI H. fid. Nouvel Hôpital Al Aouia, El Jadid Casablanca INPE : 092067214</p>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				<b>OD.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 																		
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr style="border-top: 1px solid black;"/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr style="border-top: 1px solid black;"/></td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr style="border-top: 1px solid black;"/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr style="border-top: 1px solid black;"/>	
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
<hr style="border-top: 1px solid black;"/>																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr style="border-top: 1px solid black;"/>																						
<b>Coefficient des travaux</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																						
<b>Montants des soins</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																						
<b>Date du devis</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																						
<b>Date de l'exécution</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																						

Dr Hicham KADMIRI

- Pédiatrie
- Néonatalogie
- Urgences



الدكتور هشام القدميри

- طب الأطفال والرضع
- و حديثي الولادة
- مستعجلات

Casablanca le ...06/01/2023

Adam Sbai

① Nasivax

1's

36h, 0 =

Pharmacie Al Hamdouliya  
Dr. ZAIDI H. fit  
N°123 Lot. Ansari Dar Bouazza  
Casablanca  
Tél.: 05 22 29 09 49



Dr. Hicham KADMIRI  
PÉDIATRE  
Tél.: 07 08 08 69 44