

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° W19-542195

AS3725

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11095	Société : Royal air maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAMIS MUSTAPH			
Date de naissance : 23/03/1975			
Adresse : Dim Chifa 3, Rue 22 2e étage El Hamra			
Tél. : 0667812469	Total des frais engagés : 35660 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur SATTI HACHAM RADIATOLOGUE Bd. Bouziane Résidence Farhatine Casablanca Appt.5 Sidi Othmane 14/14 Tél: 05 22 37 14 14			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : CHAMIS MUSTAPH Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : omboscia de la légrie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'confidence 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 : **casab** Le : **14/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Chamis**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>										
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>D G B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION										

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant
des Hôpitaux de France

- Diplôme Universitaire de la douleur

- Membre International du Collège
Americain de rhumatologie
et de la Société Française
de Rhumatologie

- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique



الدكتور هشام ساطع

اختصاصي أمراض المفاصل

والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات
الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم

والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- شهادة الترويضي الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

Casablanca, le :

Facture

Nom : CHAMIS

Prénom : Moustapha

Date :

Prix de infiltration : 300 DH

Dr. Hicham SATI
RHUMATOLOGISTE
Bd. Bouziane - Appt. 5 - Sidi Othmane - Casablanca
Tel: 05 20 37 14 14

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique



Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le :

08/31/23

الدكتور هشام ساطع

إخلاصي أمراض المفاصل
والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات

الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم
والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

بالموعد - التقويم المستمر

Hicham Sati

56.60

Dr. Hicham Sati

S.V

pharmacie Hay ESSALAMA
Najat MAGOUA
Docteur en Pharmacie
22, Hay Essalama 3, Bd Med Bouziane Res. Nil
Sidi Othman, Casablanca | Tel.: 05 22 59 57 23

pharmacie Hay ESSALAMA
Najat MAGOUA
Docteur en Pharmacie
22, Hay Essalama 3, Bd Med Bouziane Res. Nil
Sidi Othman, Casablanca | Tel.: 05 22 59 57 23



ني (قرب أسيما) - الدار البيضاء : الهاتف - الفاكس : 05 22 37 14 14

d. Bouziane, Résidence Farhatine 5 , App. 5 , 2ème Etage, (A côté de la pharmacie Hay ESSALAMA)