

# 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 à caractère personnel.

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUJA OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence les Orchidées 3 Apt 6 Toun S  
Mohammedine

Tél. : 0613276095

Total des frais engagés : 251,3

Dh:

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. EL BAZ IMAN**  
Médecin Généraliste  
33, Bd Palestine, Riad 2 Alla  
Tél. : 05 22 30 81 34

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Zaiti Mariam

Age :

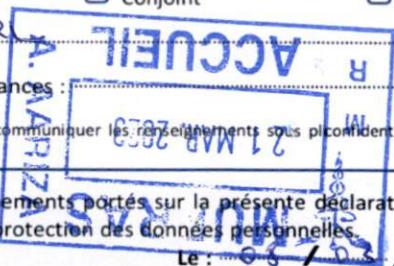
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affectue OR

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 : Mohammedine

Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Zaiti Mariam

## 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
02/03/23	C		Gratuit	INP : 061176876

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/03/23 08.03.23	251.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 : <input type="text"/>														
					<input type="text"/>													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B		<input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Iman EL BAZ

## Médecin Généraliste



Dr. إيمان العاز

طبيعة عامة

Diplôme universitaire en gynécologie,  
suivi de grossesse et infertilité ( Bordeaux)

## دبلوم جامعي في طب النساء و تتبع الحمل والعمق (بورودو)

## Diplôme universitaire D'échographie ( Rabat)

دبلوم جامعي للفحص بالصدى (الرياط)

## ECG - Cupping thérapie

خطب القلب - الحجامة

Mohammedia. le 08/03/2023 في المحمدية.

Dr. EL BAZ IMAN Mme. Zairi Mariam  
Médecin Généraliste  
33 Bd Palestine, Riad 2 Alia  
Tel.: 05 22 30 81 24

33, Bu.  
Tél. : 05 2  
922.00

### 2) Augmentation by

15

Asachtal - 31. j - 1981 08.00

18.80

2) Vitamin C does

乙

~~T = 25.130~~

14.00

3) Delipan ~~1000~~

150  $\times$  31.5

25

Dr. M. BAZ IMAN  
Médecin Généraliste  
33, Bd Palestine, Riad 2 Alla  
TÉL: 05 23 30 81 38

LA GRANDE PHARMACIE  
EL GUEDJATI PHARMACIE  
DOCTEUR ELASSAN A MOHAMMEDIA  
NADOR TÉL: 05 23 32 01 10

PPV: 15DH00  
PER: 02/26  
LOT: M541

Doliprane® 1000 mg  
Paracétamol

10 Comprimés sécables

6 118000 040972

Vita C 1000®  
10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

PPU: 222,00 DH  
LOT: 650804  
PER: 08/24

Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

**Vita C 1000®**

PPV 15DH30  
EXP 11/2025  
LOT 2D0322

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets



6 118000 161042