

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0011562

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02278 Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : SAAIDI EL MUSTAPHA Autre : 161495

Date de naissance : 01/04/1958

Adresse : 1st BTAGHOUZENT Al N°6 N°6 Casablanca

Tél. 06 49 34 2252 Total des frais engagés : 327,00 Dhs
05 22 89 47 82

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/04/2023

Nom et prénom du malade : SAADI EL MUSTAPHA Age : 71

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sechresse oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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 : Casa Maroc

Le : 15/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15.10.23 | CS | | 250 DH | Dr Midal NAGI OPHTALMOLOGISTE Lot. Dar Dama, Imm. B30 - Casablanca Appt. N°14, Azhar, Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 42 35 79 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| STE PHARMACIE CASABLANCA Lot. Hajjatou Rue 9 N°3 Casablanca Tél: 0622 33 10 22 | 15/10/23 | 77,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|--|---|--|-------------|-------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | G | | |
| | D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | B | | |
| | H | | G | | |
| | D | | B | | |
| | H | | G | | |
| | D | | B | | |
| | H | | G | | |
| | D | | B | | |
| | H | | G | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | |



خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

15 avril 2023

Mr SAADI El mustapha

77,00

OPHTA SALINE SÉRUM PHYSIOLOGIQUE



lavage oculaire en cas de démangeaison , dans les deux yeux

STE PHARMACIE HAMZA
Lot. Dar Darna, Appt. N°14, Rue 6, 3^{ème} étage,
Casablanca - Tel: 0520 42 34 79

OPHTALMO. SERVICE

PPC: 77,00 DH

LOT



DR Nidal MATAA
OPHTALMOLOGISTE
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3^{ème} étage,
Appt. N°14, Azhar, Oulfa - Casablanca
Tél : 0520 42 34 79