

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

- Reclamation : 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.

M22- 0019417

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450

Société :

Royal Air Maroc

Retraité

163750

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zeggani Mohamet

Date de naissance :

01/01/1962

Adresse :

119 Hay Al Wahda, El Alia

20830 Mohammedia - Maroc

Téléphone :

06.33.266.202

Total des frais engagés : 512,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Baticha Lhoussine
Medecin Conseiliste
GH 10 min 2N-10 Jm Zitoune
Mohammedia

Date de consultation :

15/11/2023

Nom et prénom du malade :

Mohamed ZEGGANI Rahima

Age :

11.1962

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Abces

des gencives

orale

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 :

Mohammed Zeggani Rahima

Le : 15/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Mohammed Zeggani Rahima

Le : 15/11/2023

MUPRAS

Le : 15/11/2023

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 MAI 2023 | C 1 | 200 | 100 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Sachet du Pharmacien
Dr. BERNARDIN
du do Fournisseur
n° 165, Bd. de la Résistance
El Alla MOHAMMEDIA
Tél. 05 23 28 76 61

Date

Montant de la Facture

15/05/23

312110

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Dr Baticha Lhousine
Médecin Généraliste

الدكتور ببيشة الحسين
طبيب عام

Mohammedia, le :
Dr Baticha Lhousine
Médecin Généraliste
Tél : 06 60 76 57 18 E-mail : HoussineBaticha@gmail.com

ORDONNANCE

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najat E.P. LBC
N° 165, Bd. De la Résistance
EL ALIA - MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 28 76 61

- 1) Mme ZEGGANI RAHIMA
Fucidine 250 (8 j)
19 2 fl (8 j)
- 2) Aspirine 1 g et
19 3 fl (8 j)
- 3) Hepasat 250 3 fl (2 mois)
- 4) Metformine 312 uo 3 fl (8 j)
- 5) Pregmat 200 mg 200 mg

GH 10 Immeuble N° 189 jnah Zitoune Mohammedia

Tél : 06 60 76 57 18 E-mail : HoussineBaticha@gmail.com

ASPEGIC 1G
SACHETS B10
P.P.V : 30DH80



6 118000 061083

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



6 118000 061199

