

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-819334

177043

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 11964	Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : Royal AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUAFIA Myriam		Date de naissance : 06/11/1978	
Adresse :			
Tél. : 06 61 858436		Total des frais engagés : 888 Dhs	
<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin : <b>Docteur Souad TABITI</b> <b>Gastro entérologue</b> Date de consultation : 18/09/2013 Nom et prénom du malade : <b>Belhalia Myriam</b> Age : Lien de parenté : <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : <b>Pathologie</b> 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.</p>			

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 : 18/09/2013

Signature de l'adhérent(e) :

BOUAFIA

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
18/09/23	CS		G	INP : 1011131420 Docteur Souad TABITI Gastro entérologue Tél. : 06 62 42 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/23	288,70

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

**Docteur Souad TABITI BELLAHA**  
Spécialiste de maladies de l'appareil digestif  
Acien gastro-Entérologue  
au C.H.U Ibn Sina  
Endoscopie Digestive - Echographie

**المختبرة سهام التابي** بالرباط  
اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
طبية اختصاصية سابقا بمستشفى ابن سينا  
الكشف الداخلي للجهاز الهضمي  
الفحص بالأمواج الصوتية

Rabat, le ..... 18/03/2023

R - Ryam BELLAHA

FG, Fox3  
① Azik S  
49,5 ② nee  
Do levo  
28,70

PPV 79DH70  
PER 04/26  
LOT M1242

PPV 79DH70  
PER 06/25  
LOT L2209

PPV:79DH70  
PER:01/25  
LOT:L111

*RDCN-9 - Bouskoura - Casablanca - Maroc*  
Centres Commerciaux et d'Affaires  
SITÉ PHARMACEUTIQUE GOLFIT  
Docteur Souad TABITI  
Gastro entérologue  
Tél : 06 61 17 95 42