

# 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.

Matricule : **348**

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

*Royal Air Maroc*

Nom & Prénom : *YOUSSEF EL-HACHOUMI M'HAMED*

Date de naissance : *23-08-1941*

Adresse : *Bd IBNOU SINA. imm: C, Hay Essalam CASABLANCA*

Tél. :

Total des frais engagés : *Dhs*

Cachet du médecin :



Date de consultation : *03/10/2023*

Nom et prénom du malade : *Mme EL HICHAMI AMINA* Age : *21/50*

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *KTA*

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 : *7/10/2023*

Le : *7/10/2023*

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

### 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
03/10/2023	C2		300,00	<i>Praticien AB Résident en Radiologie Angla Aldehouni - Rawid 4, N° 815 Télé : 0523 25 87 00 - GSM : 06 63 00 13 41</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Distributeur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA SOURCE Dr EL MOUSSA 6,7 Rue A.C. CIL 6522362486 0622265069</i>	03/10/2023	2370,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

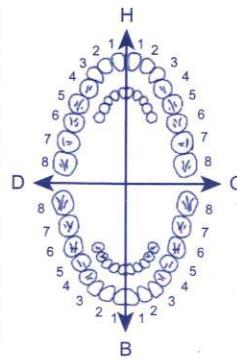
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

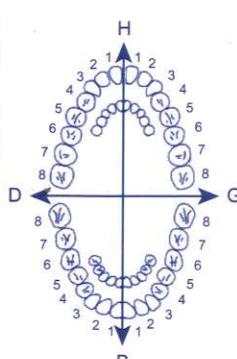
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 35533411 11433553 G B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Abdelmajid NAJI

Lauréat de l'Université de Bordeaux (France)

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle

Explorations Cardio-Vasculaires

(Echocardiographie doppler

Epreuve d'Effort-Holter).



الدكتور عبد المجيد ناجي

خريج جامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والضغط الدموي

فحوصات القلب والأوعية الدموية

(الصدى الالي - الهولتر)

03-10-2023

## Recette ECHOCARDIOT A NINA

656,40

151,60 x 4

SV

Suliat 80/5

15 par Jour

123,40

57,80 x 3

SV

LD Nor 10.

15 par Jour

603,00

201,00 x 3

SV

Daflon 1000

15 par Jour

464,50

49,90 x 3

SV

Patchovine crème

1 applic

Euroflex

169,50 x 5

15 Jour

SV

LOT :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

LOT :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

LOT :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

LOT :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr EL MOURINI MOUNA  
Asseroune Casablanca  
Tél: 0522.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Q pour 3 mois

Docteur Abdelmajid  
CARDIOLOGUE

Résidence Al Mawlid IV N° B15

Angle Abdelmoumen Anwal

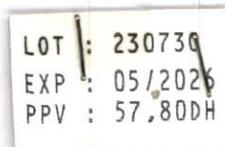
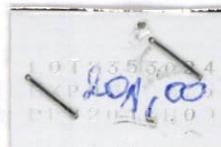
Casablanca

Tel: 0522 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48

إقامة المولد IV رقم B15 زاوية شارع عبد المؤمن أنواو - التقال 05 22 25 87 08 - الدار البيضاء - الهاتف: 020340

Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1er étage - Angle Abdelmoumen, Anwal - 20340 Casablanca

Tel.: 05 22 25 87 08 - GSM : 06 63 09 15 48 - E-mail : drnaji55@gmail.com



→ 151,60

151,60

151,60

