

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>2276</u>	Société : <u>ROYAL AIR MAROC</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>MALAJATI, Mohamed</u>		
Date de naissance : <u>01/01/1947</u>		
Adresse : <u>LOT 00 CAD. TACAB, Rue Fouad 00111 Casablanca</u>		
Tél. : <u>0668962222</u>	Total des frais engagés :	<u>1113,10</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2023
 Nom et prénom du malade : Hme MALAJATI Fatima Age: 1958

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DTG + HTA + arthrose + dyspnée sibilante

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 : CASABLANCA Le : 04/12/2023

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
01/12/23	CS		G	<i>Dr. Ibtissam MAMANI Réanimatrice Médecin CHU Ibn Rochd Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOULEVARD QODS LAOUI HAMDA ZAHF 54, Boulevard El Qods Casablanca	01/12/2023	4113,10 DHS

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	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412
00000000
35533411

21433552
00000000
11433553

D
00000000
B
00000000

G
00000000
B
11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 01/12/23

Mme MALAJATI fatima

437,00

$$1) \text{Janumet } 1000 = 1 \text{ CP} \times 218$$

$$g_{f,f_0} \times 2$$

2) ~~Amer~~^{97,70 x 2} ~~Ring~~ = 1cplj (matin)

79,00 x 3

$$3) \frac{79,00 \times 3}{\text{Mefsal} \text{ AS} 15 \text{ mg}} = 1 \text{ CP} \times 2 \text{ g}$$

53,10 x 3

4) Relaxol $\text{1cp} \times 318$

42,00 x 2

$$5) \frac{42,60 \times 2}{\text{Ventoline}^{\text{Spray}}}) = \frac{2 \text{ bouffées} \times 30}{\text{Pdt 10 jets}}$$

PHARMACIE
BOULEVARD ZAHF
LAOUI HAMDA
Boulevard El Oued
05 22 52 39 37

pris à la demande

~~= 1113,10~~

Dr. Ibtissam MALAJATI
Réanimation Médicale
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

97,70

97,70

79,00

79,00

79,00

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

Lot X87K
EXP 04 2025
PPV 42,20 DH

ID:652626
PPV : 42,20 DH
LOT : TX5J
PER : 03/2025