

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 :

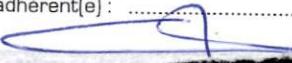
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10308</u> Société : <u>Royal Air Maroc</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Bougaddou Fatima</u>			
Date de naissance : <u>06.02.1977</u>			
Adresse : <u>Ferdous App 7 IHS 08 Elg 02 casab/ulpo</u>			
Tél. : <u>06.02.467656</u> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :  <b>Professeur EL KABLI H.</b> <i>Medecine Interne</i> <i>NP: 091031336</i>		
Date de consultation : <u>08/11/2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>Bougaddou Fatima</u> Age : ..... Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : ..... Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>06 Mars 2024</u>			
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.			
 <b>ACCUEIL</b> 			

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 : casab

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06/10/2024

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
871213 C3			400 DIF	Professeur EL KABIRI Médecine Interne Télé : 091031336

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. POLICARPO Abdelaziz Mythami Hay 152130 1157	8.12.23	744.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraire	Coefficient des Travaux	
Montants des Soins						
Début d'Execution						
Fin d'Execution						
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553 B				Coefficient des Travaux
Montants des Soins						
Date du Devis						
Date de l'Execution						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

MYANTALGIC 300 mg

PPV 29DH50 EXP 05/2022  
LOT 31015 5

PPV: 64 DH 50

الجرعة  
الداخل.  
الدرجية.

## النَّقْلُ

**MYANTALGIC®** 20 comprimés pelliculés

## nement

PRV 290H50 EXP 05/2025  
LOT 31015 6

LOT 232306 1

EXPIRED 07 2028

PPV 19.00

## العامي اطني

## Casablanca, le

8/12/22

البيضاء، في

Mc Bongacon Fatima

11 Hydrangea 10

31 (alnix M 14/11 x 0

4) *Myrmecophytes* 14 x 30

81 Ranunculus 20 MW

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca  
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 78 82 - GSM : 06 61 15 13 22  
E-mail : hassanelkabir@gmail.com

Professeur EL KABLI H.  
Spécialiste en Médecine Interne  
031 336  
Centre universitaire de Montréal - Casablanca

107232306 1

EXP 07 2028

PPV 19 00

الله  
في  
الله  
في

LOT 232306 1

EXP 07 2028

PRV 19 00



