

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.

N° W21-664656

198943

Optique

Autres

ROYAL AIR MAROC

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 4615	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : KINANI	
Date de naissance : 02/02/61	
Adresse : Rue Kadi Bakkar, Résidence Mansour	
Imme : E Appr: 2 3 ^e etage CASA	
Tél. : 0661334933 Total des frais engagés : 4577 Dhs	
Docteur Almine MESSAK Spécialiste en Hepato-Gastroentérologie	

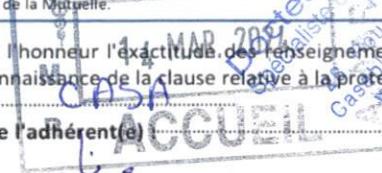
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Proctologie
28, Route de l'Oasis 1er Etage Casablanca Tél: 0522 37 37 07 Watsapp: 58 09 27 37	
Date de consultation : 20/02/2024	Age:
Nom et prénom du malade :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
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 : CPSH

Le : 20/02/2024

Signature de l'adhérent(e)



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
20.07.2024			300DH	INP : 091046215 Docteur Amina MASSAK Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie Proctologie 28, Faouzi El Ghoul 1er Etage Tunis - 0522 37 37 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIHAI 25 RUE MELIANI - FASSI FER Tel: 05 22 25 00 00	29/2/24	157,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 patient 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'ODDF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412 21433552
D	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

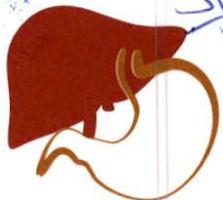
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina MASSAK

الدكتورة أمينة مساك

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Proctologie médico-chirurgicale
Echographie et Endoscopie Digestives



أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
أمراض و جراحة المخرج
التشخيص بالصدى والمنظار الطبي

دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد
رئيسة مصلحة الطب
بمستشفى بوافي الدار البيضاء

Ancien Médecin CHU Casa

Ancien Chef de Service

de Médecine Hôpital BOUAFI Casa

Casablanca le

29/02/2024

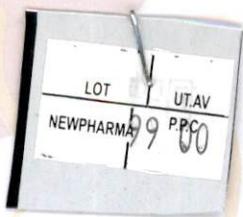
الدار البيضاء في

A = Kirianni . NEWPHARMA

1 Dépense 7500 -
18.3, SCP 02)

LOT : 7580
PER : 09 - 25
P.P.V : 58 DH 30

21 09.00 Dépense 7500 -
SCP 02)



157.30

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIHRI
5, Rue Cadi Bakkaf - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

Docteur Amina MASSAK
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
1er Etage
28, Route de l'Oasis 1er Etage
Casablanca - Tel: 05 22 37 37 07
WhatsApp: 0658 09 27 37