

# 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.

M23- N° 0042870

202870

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                                | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| <b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>                           |  |                                  |                                 |
| Matricule : <u>5030</u>   | Société : <u>Royal AIR MAROC</u>                 |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <u>ABDELALI SAMIA</u>                            |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <u>06/05/1961</u>                           |  |                                  |                                 |
| Adresse :   |  |                                  |                                 |
| Tél. : <u>066.194.11.10</u> Total des frais engagés : ..... Dhs |  |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

|   |   |                                   |                                 |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :   | <br>Dr. HMAMSI Hamza<br>Médecin Généraliste<br>18, Rés. Sanaa, 2ème Etage<br>RUE AL Fakir, Maârif, Casablanca<br>GSM : 0568 10 23 27 |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | <u>17/04/2024</u>   |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade :   | <u>ABDELALI SAMIA</u> Age: <u>63</u>  |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | <u>coxa perthe</u>  |                                   |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD  | <input type="checkbox"/> 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 : 18/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : A.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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                   |
| 17/10/2024                     | Actes             | 1 CS                  | 8000,00                         | Dr. HMAMSI HANAFI<br>Médecin Général<br>18, Rés. Sanad 2ème étage<br>Bab El Oued |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date               | Montant de la Facture |
|---|--------------------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE ALI</b><br>Dr. G. S. K. ALI<br>83, Bd Abderrahmane Al Khouja<br>Tél. 05 23 22 17 17 | 295,00<br>17/04/24 | 295,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

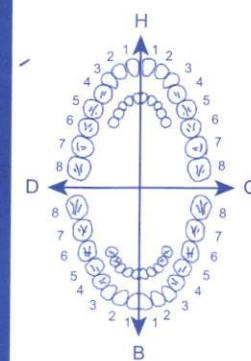
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |
|----------|
| 25533412 |
| 00000000 |
| 00000000 |
| 35533411 |
| 21433552 |
| 00000000 |
| 00000000 |
| 11433553 |



## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hmamsi Hamza

Doctorat en médecine générale  
médecine esthétique  
Echographie - ECC  
HTA  
Diabète  
Suivi de grossesse  
Médecin agréé pour le certificat  
de permis de conduire



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermine 4 milliards  
susp b 10 ml 5 ml  
P.P.V 100,00 DH  
5 118001 082216

دكتوراه في الطب العام  
الطب التجميلي  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
داء السكري - ضغط الدم  
تتبع النساء الحوامل  
طبيب معتمد لشهادة رخصة

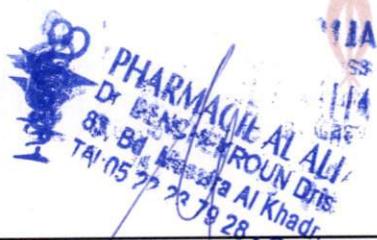
Dr. Abdellah Sanaa  
ANS 100

1. Infection lung case  
Left (L)  
100,00

2. Enterocolitis & appendicitis  
Supr.  
59,70

3. Hemorragic & Gastric case  
Supr.  
149,31

4. Urinary case  
Supr.  
295,00



Cachet et signature du médecin

Dr. Hmamsi Hmamsi

Dr. HMAMSI Hamza  
Médecin Généraliste  
18, Rés. Sanaa, 2ème Etage  
Rue Al Fouret Maârif - Casablanca

n:18, 2eme étage, résidence sanaa, rue alfourate, maarif. Casablanca

hmamssi.hamza@gmail.com

0668 40 23 27

0665 21 99 67

SYNTHEMEDIC  
22 rue soueibir bnoou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Bottle 14  
641/55/MP/21/NRC P.P.V: 115.50DH  
6 118001 020607

LOT:230806  
PER:09\2026  
PPC:79,90DH

**KALMAGAS®**  
Transit