

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° W19-522962

32787

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11115	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	ROYAL AIR MAROC
Nom & Prénom : AZZEHIZI NABIL			
Date de naissance : 05.06.1972			
Adresse : 107, EL KIAA DRAOUI, RUE 6 N° 6 AZEMOUR			
Tél. : 0697768787		Total des frais engagés : 818,00 DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 13.07.2020			
Nom et prénom du malade : NABIL AZZEHIZI 09 JUL 2020			
Age: 48			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dyspepsie Bronchite			
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 : CASA

Le : 09.07.2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
13.04.2020	U.M		140,00	INP : 1111152314 Dr. N. Bou Bo 52
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ENNASR 19, AV ENNASR 2055750 TÉL: 02 34 55 57 50 Fax: 02 34 55 57 51	13/04/2010	858.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

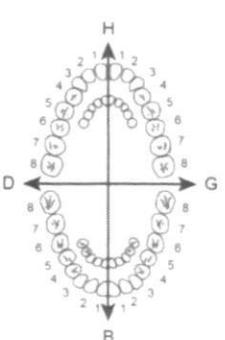
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJIB HAMID

الدكتور نجيب حاميد

Médecine Générale

Diplômé du CHU Ibn Rochd Casablanca
Médecin interne de l'Hôpital Med. V

ECHOGRAPHIE

54, Bd. Moulay El Hassan
Azemmour

Tél : 05 23 35 89 69 19, Av EL MASSIRA Lot. Ennasr
Tél : 0523 35 87 50
الهاتف : 05 23 35 89 69

PHARMACIE ENNASR

54, شارع مولاي الحسن - أزمور

(قرب الترك الملكي)

الهاتف : 05 23 35 89 69

الشخص بالصدى

خريج المركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفى محمد الخامس

Azemmour, le 13.04.2020 أزمور، في

Nabil Azzemouri

64500
x21) Ramiphenex 20 mg 1+1st G1
S.V.

8100
x21 Librox 1 cap x 2 q 03 mos 2
S.V.

320.
3) Encarbon 1+3st
S.V.

26700
4) Zinphox 400 15g 07qf
S.V.

5660
5) PHARMACIE ENNASR 5923 02-05-2020
19 AVEL MAIS 10523 35 87 50
Tél : 05 23 35 89 69
Azemmour
S.V.

5777
858.00

Dr. N.
B. 100
T. 200
S.V.

5777
858.00

موکسیفلورکسائسین
LDT: 09/2021
PER: 09/2021
PPV: 267,00 DH

400
ملغ

PN:	EX:	10:
3	0	5
2	6	3
1	2	2
0	0	0
9	2	4
8	3	5

32,00

PPV: 64 DH 50

PPV: 64 DH 50

LOT:19130 PER:10/2022
PPU: 21.00 DH

LOT : 20E004
PER.: 12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : 20E004
PER.: 12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : 20E004
PER.: 12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : 20E004
PER.: 12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : 20E004
PER.: 12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465