

## 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.

N° W19-528567

N.D.  
34899.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>432</b>	Société : <b>ROYAL AIR MAROC</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>OUAIDI Houda</b>			
Date de naissance : <b>19.03.89</b>			
Adresse : <b>43, rue de l'Industrie Hay Rmila</b>			
Tél. : <b>0661144203</b>	Total des frais engagés : <b>443,80 + 300,00 Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin :	<b>Dr. Houda KADIRI MEKOUE</b>
Cachet du médecin :	<b>Spécialiste en Rhumatologie</b>
	<b>Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Soumaya Rés. Shehrzade 3-CASA</b>
	<b>Tél. 98.02.39/98.03.28 - Fax : 98.05.52</b>
Date de consultation :	<b>28 JUIL</b>
Nom et prénom du malade :	<b>OUAIDI Houda</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>Affection</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<b>DR Houda KADIRI MEKOUE</b>
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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Le : **/ /**

## **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
02/11/2022	US	300.00	INP INP: 091082768	Dr. Houda KADIRI MEKOUAR Spécialiste en Rhumatologie
				47-10-B-1

**Dr Houda KADIRI MEKOUAR**  
Spécialiste en Rhumatologie  
Angle Bd. Saïd Bouamra et Rue  
Saumaya Béz. Sidi M'hamed 1000

VANDEURSEN - RUE SPENFRIZADE 3-CASA  
98.02.39/98.03.28 - Fax: 98.05.52

Montreal, Quebec

### **Montant de la Facture**

100% of the time.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed CHAHLI Hay Raha, Rue Ben Arous El Gis - Beauséjour - Casablanca 0522 04 09 34 0522 39 34 0522 04 09 34 0522 94 99 34	02/07/20	443,80

卷之三

Dat

**Montant de la Facture**

02107120

1463 3

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### Important

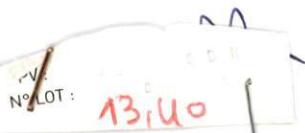
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 2/7/2020



DR HOUSSA KADIRI MEKOUE

13,40

Colchicine lcp x 2/j, x 3/  
pis lcp /j x 1

221,00

Aspirine 60 lcp /j aps 4/jas  
x 4/j -

52,80

LOT 191187  
EXP 04/2022  
PPV 52.80 DH

94,00

Batch No./Exp/PPV 94 dhs 00

ر.شارع عبد المؤمن وزنقة سوچية، إقامة شهرازاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 98 03 28  
ya, Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39/98 03 28 10651 58 98 05

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed GHAFRY  
Hay Raha, Rue Banafseja  
51 Bis - Beauséjour - Casablanca  
tel: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 34

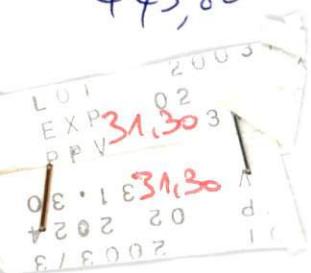
Zyflonic 200 mg x 2 mois

31,30 X 2

**Dr. Houda KADIRI MEKOUAR**  
Spécialiste en Rhumatologie  
Angle Bd Abdelloumien et Rue  
Soumaya Rés. Shahrazade - CASA  
Tél: 05 22 98 02 39 / 98 03 28  
Gsm: 06 51 58 98 05  
IM: 09 1082768



443,80



**PHARMACIE HIBA**  
**Dr. Ahmed GHAFRY**  
Hay Raha, Rue Banafaia  
51 Bis - Beaujour - Casablanca  
Tél: 0522 84 99 34 / 0522 39 34 12