

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

43344

Nº P19- 0024775

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01448

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : DORHMI Khadija Date de naissance : 01/01/1969

Adresse : Resia RABIA 17MB NARJISS APPN°3

Tél. : 0667.2734.12 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



DR. ILHAM HANINI  
Médecin Généraliste  
Tél. : 05.37.75.75.58  
240 Hay Nahda 1 Gr El Ahd Rabat  
INPE 101239234

Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : Khadija Daalumi

Age : 40 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Colopathie + rhumatologie sever

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 : RABAT

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19- 0024775

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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                                                                                                                                                             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22/06/2022      | Consultation      | 150 DH                |                                 |  <p><b>Dr. ILHAM HANINI</b><br/>Médecin Généraliste<br/>Tél. : 05.37.75.75.58<br/>240 Hay Nahda 1 Gr El ahed Rabat<br/>INPE 101239234</p> |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Professeur



Date

Montant de la Facture

23/06/2022

381,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | 00000000 | 00000000 |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DR. ILHAM HANINI

Diplôme de gynécologie ,infertilité  
et suivi de Grossesse de l université  
de Bordeaux - France -  
Medecin généraliste  
Échographie-ECG



د . إلهم حنيني

دبلوم أمراض النساء ، العقم  
وتنبئ الحمل جامعة بوردو - فرنسا -  
طبيبة عامة  
الفحص بالصدري  
تخطيط القلب

Rabat, le : 20.06.20.

Khalija Doughmi

1) oedex 20 mg 1coup 1 J RNT

30,00 ml Jones 30ml avant le petit  
dujour

2) Meffsol 7,5 mg 1coup x 4  
RNT 1 semaine.

3) Relaxol 1coup x 2 / J RNT  
1 Semaine.

4) Végestan 1 APP x 3 / J RNT  
1 semaine.



Dr. ILHAM HANINI  
Médecin Généraliste  
Tél. 0537.75.75.58  
210 Hay Nahda 1 Gr El ahd Rabat  
INN 101239234



0537757558

Dr.ilham.hanini@gmail.com

240,GP EL Ahd Hay Nahda1 Rabat 240 مجموعة العهد في النهضة 1 الرباط



5) Namez 300mg except 3 RTI.  
de xri

65,0  
b) refluxoïd  
xri



Dr. ILHAM HANINI  
Médecin Généraliste  
Tél. : 05.37.75.75.58  
240 Hay Vahda 1 Gr El Ahd Rabat  
INPE 101239234

381120



