

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

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.

46377

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5306	Société : Royal AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHALI NABIL			
Date de naissance : 11-04-1961			
Adresse : 7, Rue Rembrandt Ré AP Housaine APP 30 PALMIER CASABLANCA 281,70 Dhs			
Tél. : 0668 25 99 99	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. EL KHALI Nassira</i> Commission Médicale Délégation CASA ANAPA			
Date de consultation : 12/12/20	Age : 55		
Nom et prénom du malade : Affecti Ronal			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affecti Ronal			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Affecti Ronal			
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :




ORDONNANCE

HYDROXYCHLOROQUINE 200 Mg
1comprime *3/Jr Pendant 7Jours

Azithromycine 500 Mg
1comprime premier jour

1/2 COMPRIME * 1 FOIS/ JOUR PENDANT 6 JOURS

SMECTA
1SACHET/Jr PENDANT 3 Jours

(S.V)

52,40

OMEPRAZOLE 20 Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 7 jours

(S.V)

96,50

Vitamine c 1000Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

(S.V)

14,80

ZINASKIN
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

(S.V)

118,60

PPV : 96DH00
PER : 11/22
LOT : J1031-1



118/50
PPV

N° LOT : L 0527
DATE DE PER : 09 / 23

ZITHIROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés.
Lot : 1282871
Date Fab : 10/2018 Date Exp : 08/2021
PPV : 79,70 DH

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30,
LOT : 205642
PER : 04 2023
P.P.V : 52DH40
6 118000 011460

VITAMINE C 1g
Boîte de 10 comprimés effervescents
PPV : 14.80 DH
6 118000 190929



17/9/22

ORDONNANCE

El FAJALI NABIL

HYDROXYCHLOROQUINE 200 Mg
1comprime *3/Jr Pendant 7Jours ✕ (R)

Azithromycine 500 Mg
1comprime premier jour ✕ (R)

1/2 COMPRIME * 1 FOIS/ JOUR PENDANT 6 JOURS ✕

SMECTA
1SACHET/Jr PENDANT 3 Jours ✕

OMEPRAZOLE 20 Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 7 jours ✕

Vitamine c 1000Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

ZINASKIN
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

Dr. EL RHIZI Nassira
Commission Médicale
Délégation CASA ANAFA