

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

- 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.

N° M21- 0061788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH

Date de naissance : 1945

Adresse : Résidence EL Khouya 6, 3ème étage n° 5
Casablanca, Maroc

Tél. : 06 75 20 81

Total des frais engagés : 1698,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/10/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/09/2012	CHAKIB Adderrahim CLINIQUE MADINA	10000	4000	Dr. CHAKIB Adderrahim Optalmologiste

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

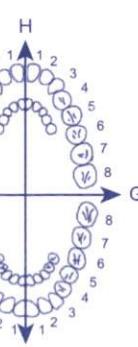
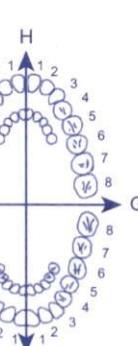
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pr. Abderrahim CHAKIB
Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux

الأستاذ عبد الرحيم شكيب
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

Mr AIT BASSOU Salah

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg / ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NR
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271

1/ AZARGA: COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans l'œil droit, p.

2/ ALLERGOCOMOD



1goutte 4 fois par jour , dans l'œil droit, pendant 3 Mo

3/ TANAKAN CP



1 cp x 3/j, pendant 3 Mois

✓ 1398,38

22 MACIE FLORIDA
22 AD Florida - Lot 28
22 32 1954



6 118001 071654

AZARGA® 10 mg / ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NR
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

STERIPHARMA
PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

STERIPHARMA
PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

Steripharma
PPV:57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

12/2024 .

303208 .

A utiliser avant: / Lot n°

12/2024 .

303208 .

A utiliser avant: / Lot n°

07/2024 .

302098 .

71,30

71,30

71,30



71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30