

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

- | | | |
|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com | X |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com | |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8444 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : ZADOUR ALI

Date de naissance : 24/12/67

Adresse : 6, Rue Abdelkarim Raiss France Ville Casablanca

Tél. : 0652828332 Total des frais engagés : #1316DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2022

Nom et prénom du malade : ZADOUR Ahmed ZAOUI Age : 53ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Virus

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 : / /

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
26/09/2021			21000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/2021	1066,30

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	

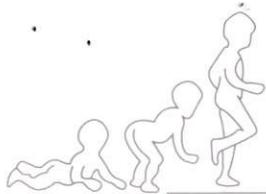
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

اختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيق)

Casablanca le 28/09/2022 الدار البيضاء في

Enfant Ismail ZAOUER

Age : 6 ans et 3 mois

1) ADACEL-POLIO 0.5 ML SERINGUE PRE-REMPLIE

1 boite

2) MENACTRA SOL INJ

1 boite



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
MENACTRA 0.5 ML SOL
INJ 1FL
PPV : 734,00 DH

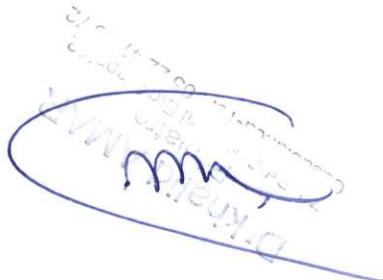


6 118001 081981

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ
B1 SER
P.P.V : 332,00 DH



6 118001 082162



شارع الزرقطوني الطابق الرابع، الرقم 12. (قرب سوق الورود) 20140 الدار البيضاء
72, Bd Zerkouni. 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca
Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : k.amar@menara.ma