

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

A

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 13030

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACHAMI Amal

Date de naissance : 26/10/1993

Adresse : Apt 10, Etage 2, T. n° 3, Résidence Belle Vue
Casablanca

Tél. : 0656457319

Total des frais engagés : 567,40 Dhs

■ Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/2023

Nom et prénom du malade : Hachami AMAL Age : _____

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 29/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Amal Hachami

0911712485

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
15/05/22	CS		300	 DR M'HAMED BENCHEIKH Spécialiste Gynéco - Obstétrique Angle de la rue Hassan II et Md Abdellah et Kadiri Imm. 6 - 10ème étage - N°21 - Bld Meârouf CASABLANCA - Tél. : 0522 33 04 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JAHANE CALIFORNIE DR. FALAH YOUSSEF O. Picto Taddart Rés Lina Jhane California Ain Chou tel: 05 22 87 11 12 - Casa CE: 001512678000020	15-05-23	267,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

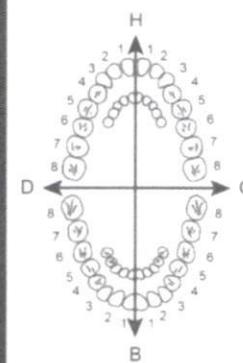
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

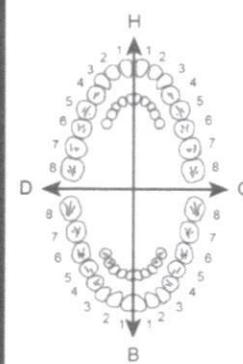


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

11

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

PREGNACARE AVANT CONCEPTION 30 CP

PVC : 139,00 DH

Ult Av | Lot :

30/11/2024 157246X

IRPHABIOTICS

5 021265 247448 >

IEIKH

IQUE

* Accouchement

* Chirurgie Gynécologique

* Chirurgie des Cancers

* Chirurgie du Sein

* Coelioscopie

* Echographie

* Colposcopie -Hysteroscopie

* Infertilité du couple



4 058900 003320

توكـ

34,40

Dispainol® 80 mg
20 comprimés dispersibles



15.05.2023

Le :

Mme HACHAMI AMAL

34,40

1 - DISPAINOL CP



1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

139,00

2 - PREGNACARE AVANT CONCEPTION



1 comprimé le matin, après le repas.

à ne pas interrompre jusqu'à la prochaine grossesse

54,13

3 - BIDECTRA TAGAMEDU



1cp eff le soir

lundi



1 267,40

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE

Dr. FALAH Youssef

0 Picto Taddart Rés Lina

Jnane California Ain Chok

Tél: 05 22 87 11 12 - Casa

CE: 001512078000029