

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.

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 2d 45 45(LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-812125

A71875

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 131428

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Lagili Samah

Date de naissance :

13/02/1994

Adresse :

34, étage 4, Résidence Malak 3, lotissement Iedihaz
Bougerra

Tél. :

06 2005 1160

Total des frais engagés : 558,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rim AMZIL

Neurologue
Explorations Neurophysiologiques Cliniques (EEG - ENMG)

Tel: 06 72 76 08 04

E-mail: rim.amzil@gmail.com

LAATI, 4, Avenue Sidi M'hamed, 14

Age :

Date de consultation :

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 : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Lagili

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26-07-23	9		352,23	INP : Dr. Rim AMZI Neurologue Etablissements Neurophysiologiques Cliniques (EBC - EMAG) Tél : 06 42 76 08 04 r.imzli@yahoo.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-07-23	208,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

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.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soins																					
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXÉCUTION FIN D'EXÉCUTION CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION																						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412 00000000		21433552 00000000		D		B		00000000 35533411		00000000 11433553		B			
H		G																						
25533412 00000000		21433552 00000000																						
D		B																						
00000000 35533411		00000000 11433553																						
B																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																								



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 26/07/23

Docteur : LAAJILI

39,80
11

1) carboxyl

40 mg/mL

Samah

1010455

gouttes

139, ✓

21 Relaxium

30,00

31

puis arrêter

gentle

part 6 females

1 CP 8° Céphalées

(Ne pas dépasser 30%)

et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca • Tél : 05 22 82 12 11 (L.G)

40x40x75

Laroxyl®

Amitriptyline

30/

PPV: 39DH80
PER: 03/26
LOT: M868

PPV :

LOT :

PER :

30/00

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407