

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.

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-814455

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 32.08 Société : Royal air maroc

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : Benjelloun DRIS 173582

Date de naissance :

Adresse : HAY AL WALHA TR-18 SECTO 8
SIDI MOU MEN CASA

Tél. : 0671 273 069 Total des frais engagés : 111 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/03/2023

Nom et prénom du malade : Benjelloun DRIS Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection pulmonaire

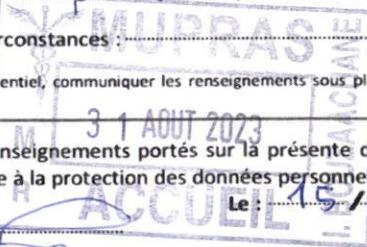
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

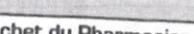
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

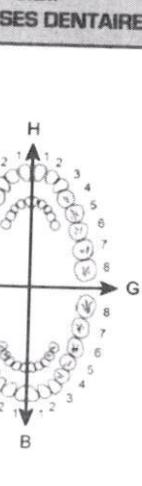
Fait à : 1 HSABLA ANCA Le : 15/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : DRIS



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/23	1532,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>												
					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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapie, <i>... nécessaire à la profession</i></p>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552																
25533412	00000000																
D	00000000																
00000000	00000000																
B	35533411																
	11433553																
					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																	



مصحّة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

Core Standard: 1

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie et

Pathologie Vasculaire de la Faculté

de
Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société
Française de Cardiologie

Fédération Française de Cardiologie

Frühstück
de 07welt

T 1532,20

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000
Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 20 49 72
E-mail : info@oasis.ma

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Caisse d'Epargne

Nº Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale du Bénin - Côte d'Ivoire

EXP :
Lot N°
PPV

LOT 0202828
EXP 05/25
PPV 83DH10

80,00

EXP :
Lot N°
PPV

80,00

EXP :
Lot N°
PPV

80,00

~~SDAL~~

LOT 0202828
EXP 05/25
PPV 83DH10

~~SDAL~~

LOT 0202828
EXP 05/25
PPV 83DH10

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacine
10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

PRISDAL® 1 mg
30 comprimés pelliculés

6 118001 250950

PRISDAL® 1 mg
30 comprimés pelliculés

6 118001 250950

EXIDEP® 5 mg
Escitalopram
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.

6 118000 242475

DOPEZIL® RANBAXY 5 mg
Boite de 28
Comprimés Pelliculés
Voie orale

6 118001 300129

EXIDEP® 5 mg
Escitalopram
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.

6 118000 242475

DOPEZIL® RANBAXY 5 mg
Boite de 28
Comprimés Pelliculés
Voie orale

6 118001 300129

PPV

00 HQ 962 : Add

00 HQ 962 : Add