

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1981 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mr. ABDOU. Fatiha

Date de naissance : 19-01-1955

Adresse : 45 Rue Mohamed Fakir, Casablanca

Tél. : 06 54 30 84 96 Total des frais engagés : 321,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed ALAFIF
ORL.
557 Bd Mohamed VI
el 0522 82 75 91 Casablanca
NPE 09103386

Date de consultation : 21/8/13

Nom et prénom du malade : ABDOU. Fatiha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alpéchon opér.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 13/09/2013

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
2-8-23	CS		250 DH	<p>Dr. Mohamed ALAFIF ORL. 557 Bd Mohamed VI Tel: 0522 82 75 91 Casablanca INPE: 091033886</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mohamed ALAFIF 97, Bd. EL Fida Casablanca Tél: 05 22 28 06 21 92018357 - ICE: 00144630000007	02/08/23	ACDF 160

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
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type

Dr Moh AKAFF

Spécialiste des malades de l'oreille et Chirurgie
Nez - Gorge - Oeil - Tympan
Cou - Face
Exploration de L'audition
Endoscopie
Ancien Médecin à L'hôpital
20 Août de Casablanca

دكتور محمد العفيف

ختصاري في أمراض و جراحة
الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
الفحص بالمنظار

اختبار السمع

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

توقيت العمل
من العاشر صباحا
إلى الثالثة زوالا

Casablanca, le 2-8-23

Nom : Abdou Pseudo

105,40
x2 1

Antibio 1g/10ml

SV

480 50 → 24

PL8 F

32,90
x2/4

Exodénil 500mg

R
SV

150 50 → 24

PL8 F

T = 104,60
Levofloxacin 500mg
x2/4

Dr. Mohamed AKAFF
ORL
Mohamed VI
Casablanca
N° 557 Bd. Mohamed VI
N° 1827591
091033886

PHARMACIE CHAQUI
AHMIDA Mohamed
497, Bd. El Fida - Casablanca
Tel : 0522 82 75 91

إقامة السلامة 557 شارع محمد السادس (طريق مدينة ساسا) الطابق الأول (الدار البيضاء)
Résidence ESSALAMA 557, Bd. Mohamed VI (Ex Route Mediouna) - 1er Étage - CASA
Tél. : 0522 82 75 91
الهاتف:

LOT : 0014
EXP : MAR 2027
PPV : 32,90 DH

EXODERIL* SOLUTION 1%
Flacon de 10 ml
Non remboursable AMO
6 118000 020578

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml

6 118000 120254

19,40

EXODERIL* SOLUTION 1%
Flacon de 10 ml
Non remboursable AMO
6 118000 020578

LOT : 0016
EXP : JUN 2027
PPV : 32,90 DH
استعمال محا

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml

6 118000 120254

19,40