

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.

Éducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.



N° W21-720720

N 76681

Maladie

Dentaire

Optique

Auto

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8095

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAYARH RAETID

Date de naissance :

14/03/1962

Adresse :

*LOT DPF 2 / Rue Hassan II n° 7 Hay El Hara
Casablanca*

Tél. :

0661083525

Total des frais engagés :

585,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUD

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le : *18/09/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

Lajnef

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
.....	INP : /
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Sofia NAJME Sofia 2, Rue Hassane, N° 1 Casablanca 10910 Tél Hana 522 95 15 37	10.09.143	5.85.100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'IC

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية دار نجمة

بِحُمَّ صَوْفَيْة

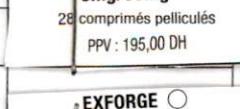
NAJME Sofia

Docteur en Pharmacie

Le 18/09/23

**Article Patente : 34813150 – R.C. N°304 592
Sofia 2 Rue Hassane N° 7 – Hay El Hana
Tél : 0522.95.15.37 – Casablanca
ICE : 000498320000036**

FACTURE

Quantité	Désignation	P. U.	P. Total
3	EXFORGE 5/80	195,00	585,00
PHARMACIE DAR NAJME			
Sofia NAJME			
Lot. Sofia 2, Rue Hassane, N° 7			
Hay El Hana - Casablanca			
Tél. : 0522 95 15 3X			
 EXFORGE ○ 5mg/80mg 28 comprimés pelliculés PPV : 195,00 DH			
 EXFORGE ○ 5mg/80mg 28 comprimés pelliculés PPV : 195,00 DH			
 EXFORGE ○ 5mg/80mg 28 comprimés pelliculés PPV : 195,00 DH			
TOTAL 585,00			
PHARMACIE DAR NAJME			

Sofia NAJME
ot. Sofia Z, Rue Hassane, N° 7
Hay El Hana - Casablanca
Tél. : 0522 95 15 37