

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 :

- Toutes 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

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029128

Optique A 77474 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6639

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAADT OMAR

Date de naissance : 07/08/1963

Adresse : HAY AL QODS GROUPE ZENATA N 507 SIDI BERDOUSSI

CASABLANCA

Tél. : 0668466561/0663086983 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : SAADT OMAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SIMUSITE

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.

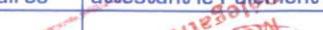
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

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
21/09/2023			6	
NP E	ca 1048306	15	50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/23	604,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RECEVRE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Fait le 1109.12.23.



87892 SIDI SMAZ



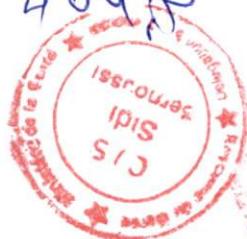
OLIPEN Soo my 8ts N° 3

2 st s 3x 1 jom.



M202
if Genta 160 mg.

1 IM li



PHARMA ZIHA
Imm. G50 M2 C5 Al Boustane
Al Qods Sidi Bernoussi
Grenoble - tel: 04 76 30 57 71

117110

Gentamycine® 160 mg
Llorente

6 ampoules injectables de 4 ml



6 118000 070474

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg

Poudre pour suspension buvable

AMM N°41/DMP/21/NP/P DMPV/H/A/18

Boîte de 16 sachets



6 118000 023722

LOT 439
EXP 04/24
PPV 112DH00

82,80

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg

Poudre pour suspension buvable

AMM N°40/DMP/21/NP/P DMPV/H/A/18

Boîte de 12 sachets



6 118000 023715

82,80

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg

Poudre pour suspension buvable

AMM N°41/DMP/21/NP/P DMPV/H/A/18

Boîte de 12 sachets



6 118000 023715