

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.

M22- 0017561

Optique Maladie Dentaire Autres

185406

Matricule : 5738	Société : ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : ZOUAFI MOHAMED	
Date de naissance : 31/12/1955	
Adresse : CITE EL HANK Imm. 1 Apt. 17 CASABLANCA	
Tél. : 06 61 76 92 33	Total des frais engagés : 839,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :
MUPRAS Bonjolu

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie :
05 DEC. 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
ACCUEIL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
ZOUAFA

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 : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr GHAZI AL ARIFFI	04-12-23	839,20

ANALYSES - RADIographies

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

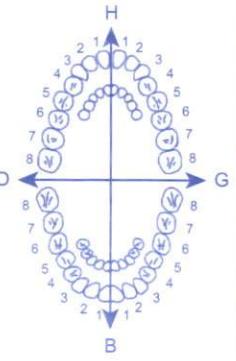
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

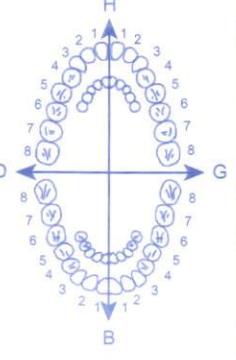
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CoeffICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CoeffICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 D 00000000	21433552 00000000 G 00000000
B 35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Zouafji Mohamed

Carte d'identité : 5738 N° CIN :

Adresse :

Néficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : _____ Spécialité : _____

ICE : _____ N° INPE : 091018382

Certifie que Mlle, Mme, M. :

nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Résumé des arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète de type 2 + hypertension
Diabète de type 2

Joint ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

metformine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

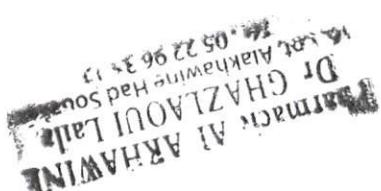
Le : 18/09/2023

Signature et signature du médecin traitant :

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage, Casablanca
Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com - Email : pec@mupras.com



PHARMACIE AL AKHAWINE

صيدلية الاخوين

Zouabi Mohamed

04.12.2023

Facture

Coveram 515 x 3 208.00 ₦

Staagid 700 x 2 107.60 ₦

$$t = 835.20$$



PHARMACIE AL AKHAWINE

Dr GHAZLAOUI laila

36 LOT AL Akhawaine Had Soualem -Tél : 0522963512 - Patente : 55752500 - RC : 18594 - ID FISCAL : 14483559 -
ICE : 000137402000008/pharmacie-laila@hotmail.fr

208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

LOT 230461
EXP 01 2026
PPV 107.60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT 231318
EXP 04 2026
PPV 107.60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292