

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.

M23-004961

✓ 8678

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

✓ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1679

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANNAZENE Mohamed

Date de naissance :

01 - 01 - 1954

Adresse :

Logement Zahra Rue 8 n° 1

Tél. :

0667164605

Total des frais engagés :

Dhs

✓ Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOUGAGH Nihera Age: 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

11 DEC. 2023

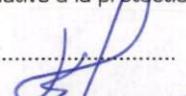
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casab

Le : 16/10/2023

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
 INP 092046754	16/01/2023 0-5000 2023	362,40

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on each side) and a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the horizontal axis to the right is labeled 'G'. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. The numbers 1 through 8 are placed on the upper teeth, and 1 through 8 are placed on the lower teeth, corresponding to their positions on the arch.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTENDANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE OUED EL MAKHAZINE

DATE

16 Décembre 2023

CLIENT

Mme Zengaghe Nisseia

DESIGNATION

QUANTITE

PRIX
UNITAIRE

MONTANT

Amlo Syr 75 ml

2

136,60 273,20

Amlo Syr 75 ml

1

89,20

89,20

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca
Tel: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com
INP: 092046754

facture au montant de =

Très certes je vous

172,40 et 40 certes

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca
Tel: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com
INP: 092046754

MONTANT TOTAL

362,40

Adresse: 1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc

ICE: 000360180000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC: 399650

Tél: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com - Patente: 34071420 - INP: 092046754

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



Lot 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM洛® 5mg

UT.AV : 09 02 25 P.P.V.
126 60

LOT N° : 6P16

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



Lot 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM洛® 5mg

UT.AV : 09 02 25 P.P.V.
126 60

LOT N° : 6P16

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



Lot 56

5mg



6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AM洛® 5mg

UT.AV : 09 02 25 P.P.V.
126 60

LOT N° : 6P16

136,60

09366130/3