

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.

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.

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.

N° W21-821838

courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 09946		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : NEJJARI HALIMA.		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 1970		Adresse : 181 île AL BARID DAH NAHDA 1 RABAT	
Tél. : 0670276244		Total des frais engagés : 125,32 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Rabat, 27 DEC 2023
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-821838	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 09946	Nom de l'adhérent(e) : NEJJARI HALIMA
Total des frais engagés : 125,32	Date de dépôt :

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

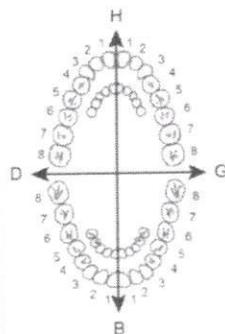
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

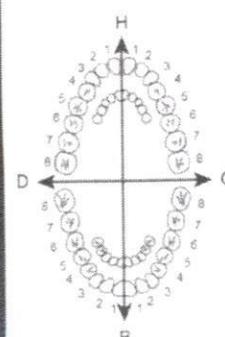
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que les résultats de l'exploration.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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

PHARMACIE ANDALOUS

LAHLOU

131. AVENUE MOHAMMED VI SOUSSI

RABAT

Taxe Profes. N°: 25900615

N° R.C. : 33270

N° ID.F. : 35690570

N° ICE 001525596000055

N° CNSS: 1092882

Tel : 0537750175

Fax : 0537759407

NEJJARI HALIMA

I.C.E. :

Le : 20/11/2023

FACTURE N°: 2053/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	VAXIGRIP VACCIN	125.30	125.30
Total :			125,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT VINGT CINQ DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

صيادلية الاندلس
السيد بنسلم لعلو
PHARMACIE AL ANDALOUS
Mr Bensalem LAHLOU
131. Av Mohammed VI Soussi - RABAT
Tél: 05 37 75 01 75 - 05 37 75 94 07

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon - France

SANOFI PASTEUR

- Influenza virus (inactivated, split) of the following strains*:
 - A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like strain
 - A/Darwin/9/2021 (H3N2)-like strain
 - B/Phuket/3073/2021-like strain
 - 5 micograms haemagglutinin per strain for one 0.5 mL dose

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V: 125,30 DH

PC/GTIN: 03664798003390
MANUF.: 23082023
Lot: X4A151V
EXP.: 07-2024
C#: 11753YMP9K3ND

