

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12837 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAKNIZI AHMED

Date de naissance : 07/12/1985

Adresse : Rés KPC Imm 1. Appt 11. Mohammedia

Tél. : 0669 12 24 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL BAZ IMAN
Médecin Généraliste
33, Bd Palestino, Riad 2 Alia
Tél. : 05 23 30 81 34

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2023

Nom et prénom du malade : L'enfant Lakanizi Taha Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

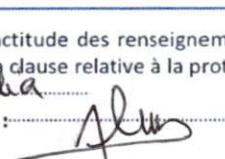
Nature de la maladie : Affectation Bronchique

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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 15/11/2023

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
11/11/15			Santé	INP : <input type="text"/> Dr. EL BAZ IMAN Médecin Généraliste 33, Bd Palestine, Riad 2 Alia Tél. : 05 23 30 81 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AGRANDIE PAR SANIA EL DOCTEUR SANIA 11 BD HASSAN L NOUAMMAD 10/05/23 32 01 10</i>	12/11/2023	12930

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

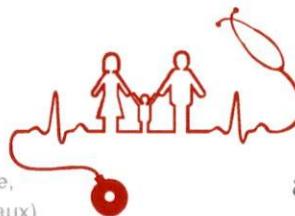
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Iman EL BAZ

Médecin Généraliste



د. إيمان الباز

طبيبة عامة

Diplôme universitaire en gynécologie,
suivi de grossesse et infertilité (Bordeaux)

دبلوم جامعي في طب النساء و تتبع
الحمل والعمق (بوردو)

Diplôme universitaire D'échographie (Rabat)

دبلوم جامعي للفحص بالصدى (الرباط)

ECG - Cupping thérapie

تخطيط القلب - الحجامة

Mohammedia, le

11/11/2023

المحمدية. في

Dr. EL BAZ IMAN
Médecin Généraliste
33, Bd Palestine, Riad 2 Alia
Tél. : 05 23 30 81 34



PPV: 64,80 DH
LOT: 652506
PER: 06/2025

P: 11 kg

64,80
1) Augmetin sirop enfant

1 box N°11 x 3 l-jr pos 08 jour

✓

28,40 Ddi

2) Apireth sirop

✓

1 box N°11 /6h si fièvre



28,40

à alternier avec :

22,00

3) Algantil sirop

✓

1 box N°11 /6h si fièvre

4) Eclus sirop

✓

1 box N°12 can x 1 l-jr pos 08 jour

Dr. EL BAZ IMAN
Médecin Généraliste
33, Bd Palestine, Riad 2 Alia
Tél. : 05 23 30 81 34