

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.

M23-0026933

Optique

Autres

199617

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12611 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEMALLI MOHAMED

Date de naissance : 16.04.1988

Adresse : Quartier ALMAZ Résidence ANBAR 3

Appart K23 Casablanca

Tél. : 06.14.5.43.11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18.1.2018

Nom et prénom du malade : CHEMALLI Ghabri YAHYA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection : OR

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

20 MAR 2014

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
23/2/2024			€ 250,00	Amal DAMI Pédiatre Dr Bakr El Kadi - Dr Abdellah di Maârouf - Casablanca 05 22 33 57 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme ALAIN, Pharmaciene 11, AVENUE DE LA LIBERTE 94110 VILLEPINTE TEL: 01 45 50 00 00 TEL: 01 45 50 00 00 TEL: 01 45 50 00 00	27/01/2016	47,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

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 L'EXECUTION

Docteur Amal DAMIR

PEDIATRE

Spécialiste des Maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés.

ALLERGOLOGUE

Asthme et Allergie des Enfants



Casablanca, le :

23.02.2024

الدار البيضاء في:

Nourrisson CHEMALLI Ghali Yahya

Age : 18 mois 1 jour

Poids : 11,60 Kg

1- BIOMYLASE SIROP

37,4 Prendre 1 cuillerée à café le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

2- DOLIPRANE 150 MG SUPPOSITOIRE

un suppositoire toutes les 6 heures si $T > 38^\circ$

9,70

47,10

Dr. Amal DAMIR
Bd. Abou Bakr El Kadiri - Haddiou
N°497 Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 05 22 33 57 20

Pharmacie de Sidi Ammar El Wali
218, Sidi Ammar El Wali Square Sidi Ammar El Wali
Rocade Sidi Ammar El Wali - Casablanca
Tel: 06 20 20 33 20
INPI: 062115445

RDV: pour le vaccin de BCG

شارع أبو بكر القادي تجزئة الحديبوi - الرقم ٥٤٩٧
سيدي معروف - الدار البيضاء -
Sidi Maarouf - Casablanca -

Tél.: 05 22 33 57 20 - GSM: 06 61 09 74 40 E-mail: damiramal25@hotmail.com

بیومیلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00

PPV 423428