

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 maternité.

Antiquus

- Optique :** Le zoom est de 10x et il offre une focale équivalente de 28 à 280 mm.

2000-01

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

■ Des documents relatifs à l'entente préalable doivent être effectivement conservés dans la feuille de soins.

Reactions

- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (1 G) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-500760

60 14387

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10526</u>	Société : <u>Royal Air MAROC</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KAIMEZ - ABDELLAH</u>			
Date de naissance : <u>20-05-1974</u>			
Adresse : <u>Rue 06 N°16 EL ALIA HAY EL OULTA CASA MAROC</u>			
Tél. : <u>0662339130</u>	Total des frais engagés :		<u>2795,20</u>

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	KAIMER Adelphoh
Age:	60 ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Débatif colopathie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20 / 12 / 2019

VOLET ADHERENT	 JP
Déclaration de maladie	N° W19-500760 L'EC. 2019
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : <u>10526</u> Nom de l'adhérent(e) : <u>KALMEZ</u> Total des frais engagés : <u>2795,80</u>	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
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
20 12 2013	Com S	1/1	15000 917	091076893 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20112119	2645,20

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

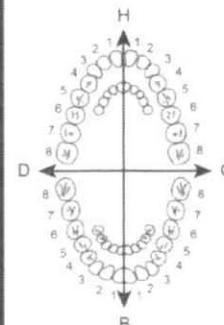
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

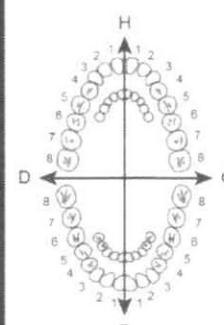
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.



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 HRICHI Rachid
MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)
Cité El Oulfa – CASABLANCA
Tél. : 0527 19 43 96

Tél. : 0527 19 43 96

170,00
+ 5

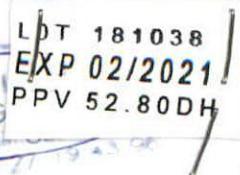
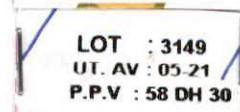
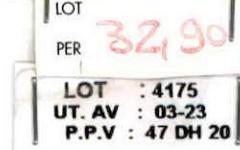
175,00
390,00
+ 2

18,00 x 9

Casablanca, le 10/09/21
one cell plus n° 1
G. Lourus n° 2
M. M. 63

94,12
76 ← Ode
31,60 x 5
- Pencraft
32,90
-
47,20
53,30 ←

~~5280~~ ~~legost~~
~~2645,20~~ ~~7 x 3 N~~
oeds 20



Diaformine®

Metformine

850 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611

PPV : 18DH00
PER : 07-22
LOT : I1611