

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Date de dépôt : 16-06-2020

Déclaration de Maladie

N° W19-446911
ND: 30105

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02069

Actif Pensionné(e) Autre : Royal AIR MAROC Retraité

Nom & Prénom : Mr SOUIMMAINE Abdessadeq

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Hasituelle

Tél. 0522 85 65 83
07 66 606 789

Société : Royal AIR MAROC

Total des frais engagés : 1015,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01-03-2020

Nom et prénom du malade : Souimmaine Abdessadeq

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Abdellah Souimmaine

Le : 20/03/2020

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
2015-31-02	h. n. RUE	30001	30001	INP : 846348

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

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 canalaire, 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 colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<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

عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب والarteries

Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI

Cardiologue

Diplôme de la Faculté de Médecine de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج كلية الطب بتوولوز - فرنسا

Casablanca, le -----

Dr. Abdesselam SEBTI
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)
Tél: 05 22 28 57 84 - Casablanca
Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél: 05 22 44 75 81

Abdelaziz



104,60

104,60

104,60

104,60

104,60

Section
PHARMACIE du 2 MARS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél: 05 22 28 57 84 - Casablanca

PHARMACIE du 2 MARS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél: 05 22 28 57 84 - Casablanca

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)
Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél: 05 22 44 75 81

E-mail: drsebtib@hotmail.com



PPV 84 DH 80

33، زنقة اليمن - شارع 11 يناير - المدار البيضاء - الهاتف: 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70

33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

9480

PPV 84 DH 80

84,80

PPV B4DH80

LOT 190540
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

49,40