

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.

adiologie 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.

Education :

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.

aire :

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.

ie 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

lamation : contact@mupras.com
e en charge : pec@mupras.com
sion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement personnel.

N° P19- 059108

ND: 36292

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 673 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sébti Abdellah

Date de naissance : 1943

Adresse :

Tél. : 06 61 32 36 26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

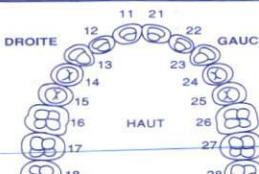
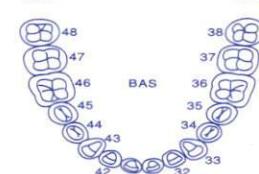
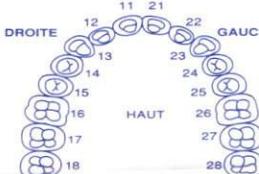
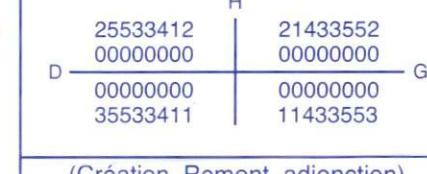
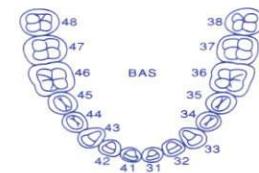
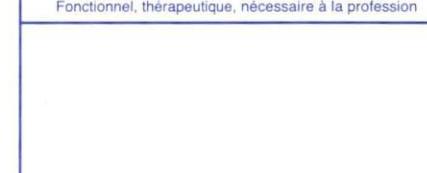
Le : 11.01.2020

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
 DROITE  GAUCHE  HAUT  BAS					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
 DROITE  GAUCHE  HAUT  BAS		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM : Mle			
DECLARATION N° P 17 / 0062465		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent MEDECIN Prénom du patient <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Nature de la maladie S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances PHARMACIE Date Montant de la facture ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires AUXILIAIRES MEDICAUX Date Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV
Nom & Prénom M. SEBRI ABDELMAI			
Fonction 673		Phones 0661323624	
Mail			
<input type="checkbox"/> MEDECIN M. SEBRI ABDELMAI		Date 19/06/2020	
<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Nature de la maladie <i>Angine Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane Imm. Communal N°10 - 1er Etage H. Hassan Casablanca - Tel. 0522 91 31 88</i>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances I. Cataracte, HJA, Appendicite			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires C 2 6			
PHARMACIE Date 19-06-2020 Montant de la facture 33286.50			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV CACHET			



Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

TLI : 0522 83 65 88
Hypotension - Bradycardie
Pharyngite - rhinopharyngite
Mucosites - ulcères - ulcères
Maladie de la coque - ulcères

Casablanca, le

19/06/2022

H² SEBTI ABDELATEF

86.00 x 3

Losartan 50mg

26.00 x 2

Coralan 7,5mg

54.10 x 3

Cardenose +

x 3

Xaltepa 10P

26.30 x 3

Uester

21.80 x 3

Aspirine

38.50 x 2

Nitrofurantoin

56.60 x 3

Stevane 100mg

64.100 x 2

Assaciv 100mg

100mg

100mg

7,5mg

2,5mg

10P

2,5mg

100mg

100mg

100mg

100mg

Sur Rendez-vous Tractement de 3 mois

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane Immeuble COMMUNIQUE

N° 10 1^{er} Etage Hay hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

3286,50



86,00



86,00



90055X

