

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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

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.

N° P19-

068978

37347

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AA YOUSSEF NEÏMA

Date de naissance : Le 11/04/1960 à Casablanca

Adresse : 115, Rue EL FOUARATE, "Résidence LA

CASE 6, 6ème Etage Apt. 405 Casablanca - MAROC

Téléf. 0522 9676 0532

Total des frais engagés : 101.00 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Facture
la thyroïde
Traitement à vie

Date de consultation : 17/08/2020

Nom et prénom du malade : AA YOUSSEF NEÏMA

Age : 60 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : La Thyroïde

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

Le : 13/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : AA YOUSSEF NEÏMA

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Nadia BENNIS Pharmacie HYPER n° 10 Bd. Dr. ABDERRAHMANE EL ABBADIA Tel : 0522-98-15-21 - CASABLANCA	17/08/2020	101,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 ~~pris~~ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B	G	H D B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			25533412 21433552 00000000 00000000 ----- 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS BENNOUNA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :127247
Date : 17/08/2020

Client :
MME AAYOUCH NAIMA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
LEVOHYROX 25MG/28COMP	5	6.80	34.00
LEVOHYROX 50MG COMPRIME	5	13.40	67.00

Total TTC = 101.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CENT-UN DIRHAMS

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS :
Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazak
Tunis - 022.94.45.10 - TASSARIA