

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.

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.

taire :

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

éclamation : contact@mupras.com
rise 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5365

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A B DE GRAHAM S. H. DOUN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 72 - N. 101A

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



10 SEP. 2010

ACCEUIL

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 <input type="text"/>																		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">D</td><td style="width: 10%; text-align: center;">H</td><td style="width: 60%; text-align: center;">G</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> </table>	D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000					00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
D	H	G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																		
				Fin d'execution <input type="text"/>																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution																				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0062901		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du 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		



P17/0062901

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0005365		
Nom & Prénom <u>ABDERRAHMAN SAHMOUD</u>		Signature de l'adhérent		
Fonction <u>Dece'de</u>	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient <u>3ASSINE FATIMA</u>			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date <u>21/05/2020</u>		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<u>4 éléanies de la ligne 3 lancé</u>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient		
<u>Centrale</u>		<u>G-</u>		
PHARMACIE		Date <u>21/05/90</u>		
Montant de la facture		<u>404,50</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	



060002557

ORDONNANCE

Berrechid le : 21/08/2020

Nme: BASSINE FAIIMA

79,50

① Zetalox tube.



1 tube 391

45,40

② Duphalac Sirup.



1 cu 391

③

1 enso plast - pansement.



(140,00 x 2) = 280,00

404,90

404,90

PHARMACIE SAIDI
Dr. EL TAKIRI Belaid
Chirurgien
Spécialiste en Gynécologie
33, 71, Dr EL TAKIRI Belaid
Lotissement Jeddah - Berrechid
Téléphone : 05 22 32 75 98 - Fax : 05 22 32 80 81

PHARMACIE SAIDI
Dr. EL TAKIRI Belaid
Chirurgien
Spécialiste en Gynécologie
33, 71, Dr EL TAKIRI Belaid
Lotissement Jeddah - Berrechid
Téléphone : 05 22 32 75 98 - Fax : 05 22 32 80 81

REF 72050-70
4001320



4042809035797

REF 72050-70
4001320



4042809035797

2202 01 144
01 2016/08/22
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML 
P.P.V : 45DH40
6 118000 010494

0/16116/2016/ DMP/20/DM

ar:

hai.



3 401051 422884 >

PHARMACEUTICALS
DISTRIBUTOR
SAIDI
SOCIETE
D'ANNECY