

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-507317

ND: 15166

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3264

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHRAIBI Faical

Date de naissance :

15/09/1985

Adresse :

Intérieur attadzayenne Rue 6N°7
ouffa enza
500 + 200,10 Dhs

Tél. : 0666198568

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03 JAN. 2020

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

03 JAN. 2020

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) :

ACCUEIL



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
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	Montant des soins
	D	H 00000000	G 00000000	Date du devis
	D	H 35533411	G 11433553	Fin d'exécution
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme 3264
DECLARATION N°	P 17 / 0060368	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	300 + 204,10	
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		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 0060368

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 3264	
Nom & Prénom : <i>n. Chraibi Faical.</i>			
Fonction : <i>Retraité</i>	Phones : <i>06.66198568</i>	Mail : <i>fechraibi57@gmail.com</i>	
MEDECIN	Prénom du patient		
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age : <i>70</i>
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>CS</i>		<i>309</i>	
PHARMACIE	Date : <i>09/12/2013</i>		
Montant de la facture			
<i>204.10.10</i>			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

09/12/19

ن' اهارن fajal

52. w

voltaren 400 mg po

1's

53. v

* Relaxed 500 + 3

1's

99. w

oels 1 sel

1's

= 204. v

Pharmacie SOPHIA
Mme. Bana Sina BP. Skoura
24, Bd. Ibn Rochd Casablanca
Tél : 022.3697.14

Dr. MEDDOUNE CHAIBINE
Professeur
Séptologie Rématologie Transplantation
CHU IBN ROCHD

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° . 150 657 / 2019 du 09/12/2019

Nom patient : **CHRAIBI FAICAL**

Entrée 09/12/2019

- Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/12/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de néphrologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	300,00		300,00	0,00

Ref Chq : STE GNRLE chq n° 4506682/

*Hôpital Universitaire de Mohammedia
Centre Hospitalier
N° INP : 090061862*
