

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

adie 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

JPRAS 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

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

N° W19-501420

ND = 17213

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1766

Société :

RAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance :

27-06-1953

Adresse :

5, Lot Nezha Casablanca

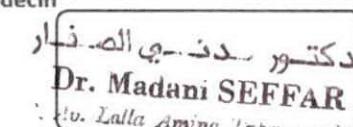
Tél. :

06.61.63.23.79

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/01/2020

Nom et prénom du malade :

SEFFAR Rachid

Age : 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

g.v. tout Mexose

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 02/01/2020 Casablanca Le : 02/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/04/2014 | 1 | 0 | INP : 1510410111 Dr. Madani SEFFAR |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Achat du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DES DALIAS Dr. S. BOUSFIHA BOUHLIA 492, Bis Bd Panoramique Montpellier - Tel 0522 52 5600 | 02/04/2014 | 171,22 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Achat et signature du Radiologue et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 di

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 1510410111 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Madani SEFFAR

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Nancy (France)

Expert Assermenté Près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

3, AVENUE LALLA AMINA
TABRIQUET - SALE (MAROC)

Tél Cabinet : 05-37-86-15-25

الدكتور المدنى الصفار

خريج كلية الطب ببنانسى

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

شارع لا أمنية

تابريكت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le 02/01/2020 سلا في

N. SEFFAR Hachadi

23,90 -

- Poler, sirop 2 fl.

SL

3 ml /

28,-

- Nomyc 150

1 gr / fl

NOMYC® 150 mg

Fluconazole

VENDREDI :



4 Céules

دواعي

1 جم

8 جم

- فار

AFRIC-PHAR

22,70

Rhinomycin 26 file

HARMATIE DES DAKS
492, Bis Bd. Panoramique
Casablanca
tel 022 52 75 60

PHARMA
S. BOU
492, Bis
Montpellier



171,20



6 118000 090762

Rhinomycin boîte de 10 sachets

XX

82,70

Dr SEFFAR
au Tariqas Sla
- La-25

XX

XX