

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

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

W19-489507

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autre |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : Royal Air Maroc | |
| Matricule : 12365 | | Nom & Prénom : ITTAD GHANMI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Date de naissance : 13/02/1983 | | Adresse : Lot Nessim résidence les champs 1 Im' P Casablanca | |
| Tél. : 0662 76 60 24 | | Total des frais engagés : 352,50 | |

Dr. Imane LAHLOU
PEDIATRE
40, Projet Al Moustakbal GH 6
N° 2 Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 022.58.48.58

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Cachet du médecin : | Date de consultation : 22/10/2020 | Age: 6 |
| Nom et prénom du malade : GHAITH IMAINE LAHLOU | | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Lien de parenté : Lui-même | | Nature de la maladie : Angines pulmonaires |
| 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. | | |

12/10/2020

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 : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

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 |
| 22/01/20 | C.S! | | 83.20.11 | INP : 0911176965 Dr. Imane LAHLOU PEDIATRE 10, Projet Al Moustakbal GH 6 N° 2 Sidi Maârouf - Casablanca Tél : 022.58.48.55 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie ARROGER Kenza ER-RAFIA Docteur en Pharmacie 2et3 - Mosquée Fatna Bokhane Nassim - CASABLANCA Tél : 0522.89.39.89 | 22/01/2020 | 10.2.5.0 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 de l'OC.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|----------------------------------|--|---|-------------|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | G | | | |
| | B | | | |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane LAHLOU

PEDIATRE

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Nutrition

الدكتورة إيمان لحلو

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

الحساسية والضيق

التغذية

Age : 6m 1/2
Poids : 18kg

Pharmacie ARROCHD
Kenza ER-RAFAI
Docteur en Pharmacie
223 Mosquée Fatna Bokchane
Nassim - CASABLANCA
Casablanca, le 22 JAN 2020
Tél : 0522.89.39.89

70,60

Augmentation sur enf 2B

PPV: 70,60 DH
LDT: 623091
PER: 03/2021

Ado de 18kg origine
Liposolvent

12h 23h Liposolvent 300

Liposolvent

20h 02h Brufa sup 1cm x 1cm
PRIMALAN
SIROP FL 120 ML
P.P.V : 31DH90
PER : 03/2021
LOT : 1963003
Barcode: 6 118000 011347

1cm x 1cm

31,50 DiMuten sup 1cm x 3cm
Pharmacie ARROCHD
Kenza ER-RAFAI
40, Lot. Al Moustakbal GH 6, N° 21 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca
Tél./Fax : 0522 58.48.55 - Urgence 0661 44.64.68 - E-mail : imanlahlou05@yahoo.fr

تجزئة المستقبل، رقم 2 الطابق السفلي، (أمام جريدة الراي) سعدي المغربي - الدار البيضاء

Lot. Al Moustakbal GH 6, N° 21 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca

Tél./Fax : 0522 58.48.55 - الهاتف/fax: 0522.89.39.89 - المستعجلات : Urgence 0661 44.64.68 - E-mail : imanlahlou05@yahoo.fr