

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21,962
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8330

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boukari

HASSAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 58 01 93 00

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 :

ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir uné 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"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																																																																																																																																										
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>GAUCHE</td> <td>22</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12</td> <td></td> <td>23</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13</td> <td></td> <td>24</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>14</td> <td></td> <td>25</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15</td> <td></td> <td>26</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td> <td></td> <td>27</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>17</td> <td></td> <td>28</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>19</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>22</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>23</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>24</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>29</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>31</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>33</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DROITE	11 21	GAUCHE	22	H	21433552		12		23	D	00000000		13		24		00000000		14		25		00000000		15		26		00000000		16		27		00000000		17		28		00000000		18				35533411		19				11433553		20						21						22						23						24						25						26						27						28						29						30						31						32						33				
DROITE	11 21	GAUCHE	22	H	21433552																																																																																																																																										
	12		23	D	00000000																																																																																																																																										
	13		24		00000000																																																																																																																																										
	14		25		00000000																																																																																																																																										
	15		26		00000000																																																																																																																																										
	16		27		00000000																																																																																																																																										
	17		28		00000000																																																																																																																																										
	18				35533411																																																																																																																																										
	19				11433553																																																																																																																																										
	20																																																																																																																																														
	21																																																																																																																																														
	22																																																																																																																																														
	23																																																																																																																																														
	24																																																																																																																																														
	25																																																																																																																																														
	26																																																																																																																																														
	27																																																																																																																																														
	28																																																																																																																																														
	29																																																																																																																																														
	30																																																																																																																																														
	31																																																																																																																																														
	32																																																																																																																																														
	33																																																																																																																																														
<i>Signature et cachet du praticien</i> <i>attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien</i> <i>attestant l'exécution</i>																																																																																																																																													

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0062431		
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		

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

P 17 / 0062431

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>Mu Baelhain Hamam.</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			
<i>Néoplasie du pancréas.</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C</i>			
PHARMACIE		Date <i>27/01/2022</i>	
Montant de la facture		<i>256,00</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. Hassan Sidi Abderrahmane
Clinique d'Oncoologie Médicale Le Littoral
3 Bd. Le Grand Cintre 20660 951827
Casa 0522 54 81 52 / 05 22 75 15 54
Fax 0522 54 81 52 / 05 22 75 15 54
Signature
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIRF DJ Roukia
15-16 Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tel. 022 79 79 01

CACHET

CACHET



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIOTHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Le 28/10/2020

M^{me} Boukari Hassane

11 Promox



219,00 2 mesvettes x 31

Promaxe
PPC: 219 DH

X 21 Fortimel



37,00 1 flacon x 21
2560

Importé par :
Laboratoires AFRIC-PHAR
Zone industrielle, Ouest Ain Harrouda,
Route Régionale N° 322 (Ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630,
Mohammed - Maroc
PPC: 37DH00

PHARMACIE SIDI ABBERRAHMANE
SKIRED - Bouzgour
15 - 16, Rue Kengoumar
Résidence Ambai - Casablanca
Tél. 022 79 79 01

Dr. Hassani ZMAIMI
Clinique d'Oncologie
Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab, 20180 Casablanca, Maroc
Tél. 0522 46 05 05 - 0522 46 05 06