

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

- Reclamation : 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.

N° W21-602578

57759

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7126	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : FARISSI FATHIA			
Date de naissance : 07/03/1964			
Adresse : HAY AL WILHA TR 16 IM 1 N° 20 SECT 21 Casablanca			
Tél. : 0671792579 Total des frais engagés : 478,10 Dhs			

Autorisation CNDP n° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : **casab**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-602578

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **7126**
Nom de l'adhérent(e) : **FARISSI FATHIA**
Total des frais engagés : **478,10**
Date de dépôt :

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
08/01/2012	visite	1	150	INROGA 08/01/2012
21/3	consult	1	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA SANTÉ HADDY 1999, 8 sect. 7 Lop Atchakorn 12, 71172 Signature: 	08/07/2007	328.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

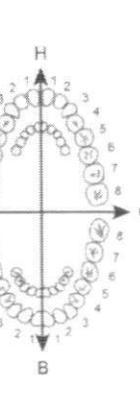
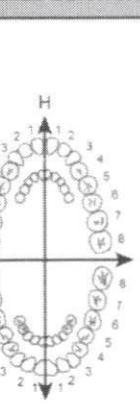
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

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 00000000	21433552 00000000	
D		00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
G				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Docteur JOUICHATE Jamal

MÉDECINE GÉNÉRALE

Tr. 7, Imm 6, N°1 - Hay El Wallaa
Attacharouk - Casablanca

06 67 34 93 10



الدكتور جويشات جمال

الطب العام

الشارط 7، عمارة 6، الرقم 1 - حي الولاء (الشارك)
الدار البيضاء - (بابن إدارة الشارك وصيدلية الصحة)

06 67 34 93 10

FAMILLE

Casablanca, le :

328,00

24,70

34,70

96,00

114,00

15,80

328,10

→ 400 mg 52 50

→ TARAXACUM 50

→ SLOWIT 50 20

→ BIPM 1

→ BEHAR 50 20

→ SODIUM 50 20

→ Belpurit 10 mg

HARMACHE BÉLA HADY
2, Imm. 8 Sect. 7 Lot Attacharouk
Sidi Moumen - Casablanca
Fax: 05.22.71.77.75

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90

LOT 20E007
PER 04/2023

6 118000 061199

TARAXET® 25 mg

30 Comprimés pelliculés sécables
AMM N° 347/150MP/21/NNP
P.P.V. 24,70 DH

6 118000 022954

UT. AV:

PPV (DH):

34,70

LOT:

EXP:

PPV:

96,00

124,00

15,80
PPV 15DH80
PER 12/23
LOT J3374
S2