

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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
- 1 Urgence : pec@mupras.com
- 2 Adhésion : adhesion@mupras.com

à l'égard du traitement des données



66716

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014353

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

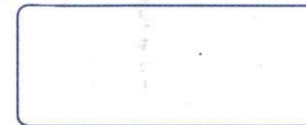
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZOUMI Med Date de naissance : 31/12/1955
Adresse : Cite el Hawk - Imme 2 - Apt. 17 - CASA
Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 429,70 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 : CASA

Le : 27 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AL AKHAWINE
Dr GHAZIAOUI Laila
300 St. Akkawiine Had Soualhi
NS 22 96 25 17

07/04/21

429,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

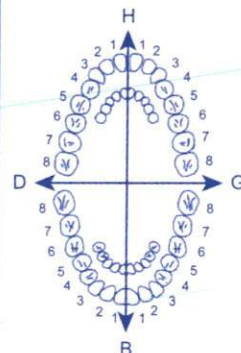
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

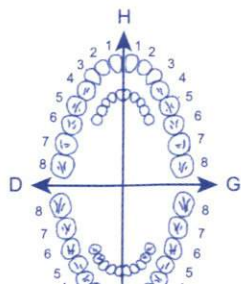
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS



PHARMACIE AL AKHAWINE

صيدلية الاخوين

Le 07/04/2021

Pharmacie AL AKHAWINE
Dr. CHAZLAOUI Laila
36 Lot, Alakhawine Had Soualem
Tél. 05 22 96 35 13

Clients Zouafi Mohamed

produit	quantité	P.U	P.T
Hypnil 130	3	71,50	214,50
Stagid 1100	2	107,60	215,20
Total			429,70

Arrêtee la présente facture à la somme de quatre cent vingt neuf dirhams et 70 centimes

Pharmacie AL AKHAWINE
Dr. CHAZLAOUI Laila
36 Lot, Alakhawine Had Soualem
Tél. 05 22 96 35 13

Pharmacie Al Akhawine,

Dr GHAZLAOUI Laila

36, Lotissement Al Akhawaine Had Soualem - Tél : 05 22 96 35 12 - Patente : 55752500 - RC : 18594 - ID Fiscal : 14483559

pharmacie-laila@hotmail.fr

Hypril® 20 mg+12,5 mg
30 comprimés



6 118000 420248

71,50

Hypril® 20 mg+12,5 mg
30 comprimés



6 118000 420248

71,50

Hypril® 20 mg+12,5 mg
30 comprimés



6 118000 420248

71,50

6 118000 021292



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

LOT 202584
EXP 11 2023
PPV 107.60

LOT 107.60 202584
EXP 11 2023
PPV 107.60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292