

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sons 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
Lettre : pec@mupras.com
Lettre : adhesion@mupras.com

66816

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 : **ZOUAFI MED**

Date de naissance : **31/12/1955**

Adresse : **Cite el Hank - Jmm 1 - Appt. 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 : **07/04/2021**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ARHAWINE Dr GHAZLAOUI Laila N° 161 Alakhwine Had Soualeh Tunis 22 96 25 15	07/04/21	429,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 | 21433552

$$\begin{array}{r} \text{D} \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$$

(Création, remont, adjonction)

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

PHARMACIE AL AKHAWINE

صيدلية الاخوين

Le 04/04/2021

Pharmacie AL AKHAWINE
Dr GHAZLAOUI Laila
Lot. Alakhawine Had Soualem
Tél. 05 22 96 35 12

clients Zouafi Mohamed

produit	quantité	P.U	P.T
Hypnol 130	3	71,50	214,50
Stafid 110	2	107,60	215,20
Total			429,70

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

Pharmacie AL AKHAWINE
Dr GHAZLAOUI Laila
Lot. Alakhawine Had Soualem
Tél. 05 22 96 35 12

Pharmacie Al Akhawine,
Dr GHAZLAOUI Laila

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



100 comprimés sécables

Stagid® 700 mg

LOT 202584
EXP 2023
PPV 107.60

107.60

LOT 202584
EXP 11 2023
PPV 107.60

107.60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292