

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

Informations 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.

Biologie 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **30478** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Bouymaa abdelaziz**

Date de naissance : **30/09/1947**

Adresse : **Residence attadame 09000 Casablanca**

..... **EL QULFA**

Tél. : **0650394134** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/04/2021**

Nom et prénom du malade : **Bouymaa abdelaziz** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **DM + Polypose**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **12/04/2021**

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 00

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
12/04/2021	S	1	200	Docteur Mohamed JELAL Ex. Assistant C.H.U St Louis Paris 24, Rue de Bagnolet 75011 CASA Tél. 0522 48 27 88/89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ SARNAU 40 Lot Sidi El Lissafa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	12/04/2021	452,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

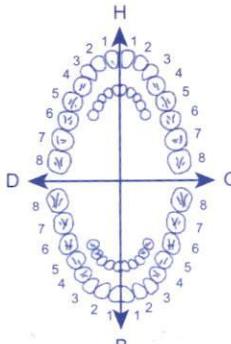
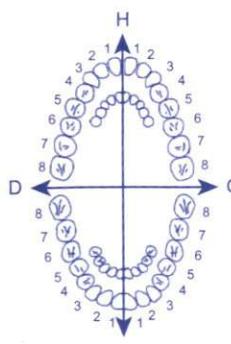
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

مد جلال

سانلويز بباريس

- الكولستروول

45,20

45,20

0522 48 27 88: 0522 48 27 88

Bachir Mouda Jellal

Casablanca, le 12/06/2021

6x 45,20

1 Glymofage 800

141,00

2 Glymm 0,1

45,20

45,20

45,20

45,20

3x 13,40

3 Levothyrox 70



LOT 202915 2
EXP 12/2022
PPV 141.50 DH

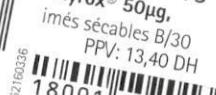


7862160336

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
imprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

Levothyrox® 50µg,
imprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
imprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

Levothyrox® 50µg,
imprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

PHARMACIE SARANAZ
SA. H. A-U
140 Lot Sidi El Aïda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax: 0522 65 20 07

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca