

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

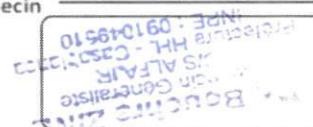
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-601859

71035

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5444	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HAMDOUN Abdellah
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		06 77 88 40 82	Total des frais engagés :
		207,50	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 30/10/2024			
Nom et prénom du malade : Hamdoun Wijdane Age:			
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie en faveur			
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 : Casablanca Le : 30/10/2024			
Signature de l'adhérent(e) : 			
 MUPRAS N° DE : 091049510 S. ALFAR - CASABLANCA BOUCHEZ 222 Date : 18 MAI 2021 R. Le : 30/10/2024 ACCUEIL B. BOUCHEZ			

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
30/04/2021	C	-	Cailliet	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/2021	207,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.																																															
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																												
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
	H	G																																													
	25533412 00000000	21433552 00000000																																													
	D	G																																													
	00000000 35533411	00000000 11433553																																													
	B																																														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																											
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																														
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																														



Ordonnance

Date : 30/04/2024

Nom et Prénom :

Date: _____
Helle Wijdeven Handbuch

~~✓ 1 - Plaquenil 200 mg~~

1 cp x 3 fois / jour pendant 10 jours (toutes les 8h)

2 - Azthromycine 500 mg cp

- 1 cp j1
- 1/2 cp de j2 à j7 } au milieu des repas

3 - Vitamine c 1000 mg cp

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

4 - Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

· 1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

5-D-cure forte 95000

1 amp /semaine pendant 3 semaines

6 - Cardioaspirine 100 mg

~~1 cp/j pendant 10 j~~

PHARMA CIE NASRI
Dr. R. A. Nasri, Commisa
1755 Bld. Bocca, Villa Casanova
102293 Haydariye, Istanbul
TURKEY



PPV : 79DH70
PER : 11/23
LOT : J3284



Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2023
LOT 00040 4



Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2023
LOT 00040 4



ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 11/2023
LOT 00049 3



PPV: 56,30 DH
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022