

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° W21-614846

71287

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1113

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAZARI BELGACEM

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

RESIDENCE ALHAYAT B6 - RUE IBN ALMOUTA Z -
ETAGE 2 - APT 5 - BELVEDERE - CASA

Tél. :

06 68 112028

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL HAMMOUDI Abdellah
Rés. Val Rose B1
2ème Etage Angle Albert Premier
et de la Rue
Med. V - Belvédère

10 MAI 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Fai-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NAZARI Fathia

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) :

10 MAI 2021

IN MUPRAS

10 MAI 20

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
10 MAI 2021	rg	120,00		INP : 09105266

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHALF AZZEDINE SARL AU 13, Rue Sijlmasa - Beldéjé 10000 Tébessa - Algérie Tél : 0522 24 26 43	10/03/2021	691,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in three rows: upper, middle, and lower. The numbers are: 7, 4, 5, 6, 7, 4, 5, 6, 7, 4, 5, 6. A vertical line passes through the middle of the arch, with a downward-pointing arrow at the bottom labeled 'B'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. EL HAMMOUYI Abdelaziz
MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام

Casablanca, le: 10 MAI 2021 الدار البيضاء، في:

NAZARI Patho

332,40 2 83,10 K4

29/10/2021/100

224,00 1-0-0 28,00 K8

29/06/2021/25

90,50 0-1-1

29/10/2021/100

24,50 140

29/10/2021/150

140x28

1671,40

15

270
280 K8

CV

PPV EXP
9950

LOT : 7195
U.T. AV : 1/1-22
P.P.V : 24 DH 50

PHARMACIE KHALEF AZZEDINE
SARL.AU
23. Rue Sijlmassa Belvédère
Casablanca - Tél 0522 24 26 42

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. 16 Rose B'
2ème Etage Angle Albert Premier
1er étage 1er étage
Salle 1000

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

83,00

83,00

83,00

83,00

28,00

28,00