

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

ditions 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0051148
78166

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **07655**

Société : *Royal air maroc*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SALHI Abderrahman

Date de naissance :

19/03/1957 à Casablanca

Adresse :

523 lot haj fatah oufza Casablanca

Tél. : **0663643449**

Total des frais engagés : **3.98,20 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/06/2021**

Nom et prénom du malade : **JEDNY ALLA**

Age : **1358**

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 : *Par agence*

Le : **28/06/2021**

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
26/10/11	CSA		250,00	Medecin: BENJELLOUN GARDOLOGUE N° 22110762 - 06 04 72 39 14 Tel: 05 22 11 07 62 - INPE: 91170670
	ECG			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE HAFIZ LANCA Lotis. Haj fatah Rue 6 N° 3 Lot 6A Casablanca - Tel: 0522 93 10 18	28/10/2011	108,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	B	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	B	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552																									
	B	00000000	00000000																									
	D	00000000	00000000																									
G	35533411	11433553																										
H	25533412	21433552																										
B	00000000	00000000																										
D	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
	<p style="font-size: small;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="font-size: small;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																											
DATE DU DEVIS	MONTANTS DES SOINS			DATE DE L'EXECUTION																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412		21433552	B	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	B	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552																									
	B	00000000	00000000																									
D	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
H	25533412	21433552																										
B	00000000	00000000																										
D	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
DATE DE L'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS			DATE DE L'EXECUTION																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 28/06/2021

Nom et Prénom :

JEDNY Laila

49,40 x 3
AMEP 5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois



AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé le soir, pendant 3 mois

AMEP® 5mg
28 comprimés

6 118000 081524

AMEP® 5mg
28 comprimés

6 118000 081524

AMEP® 5mg
28 comprimés

6 118000 081524

STE PHARMACIE HAMZA
Casablanca
Lot. Haj tateh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

د. مهدي بنجلون
Rue 2, N° 61 - 1er Etage R.P Chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tel : 0522 91 07 62 - 06 04 72 30 14
INPE: 91170670

49,40

49,40

49,40

