

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-650696

83026

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12450	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Tentieur Hassen			
Date de naissance : 01/07/1985			
Adresse : 187 31 Abdelloune, Residence medecine Ben Ben C Apt 78			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : Dr. S QALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 21, Place Charles Nicolle Tél. 0522.26.07.20 / 38.40.07	
	Date de consultation : 19/07/2021	Age : 31 ans
	Nom et prénom du malade : Benkhiroue Zineb	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Affection Respiratoire	
	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 : Le : / /



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
18/07/2021	13	300,00		INP : 6941616281 Dr. M'hamed SOA, Professeur de Pédiatrie Té: 022-260722

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Charles Nicolle HEDYA TAK - TAK 19, Place Charles Nicolle Casablanca 22 05 2020 247 56 44 / 05 22 2020	19/07/2021	803, 90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

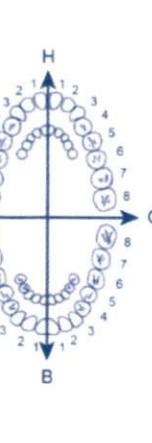
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>												H		D	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553	B			
		H																					
D		25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553																			
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							

Amoxil 250 mg/5 ml poudre pour
amoxicilline suspension buvable

cuillère(s) mesure(s) fois par jour à
prendre indifféremment avant, pendant ou après les
repas, pendant jours.

مقياس ملعقة... أيام يغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات
الطعام لمدة... أيام

Uniquement sur ordonnance

PRESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصقاططية فقط
احترم الجرعات الموصوفة

PPV: 28,90 DH
LOT: 605985
PER: 05/2022

OTOSAN®
Effett
Efecto
Absch
Effet d
Decon
ISOPHARM
OTOSAN NASAL BABY
38.90 DH

**NASAL
SPRAY**
Baby

OTOSAN®
NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE