

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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 de données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2373**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HARI

Fatima

Date de naissance :

1-7-51

Adresse :

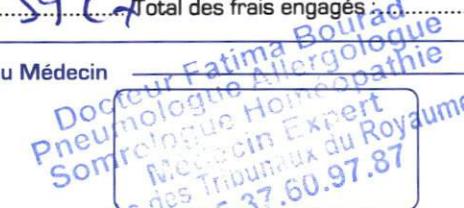
178, Albaoui Beldiha Tanger

Tél. :

66745927 Total des frais engagés : **1250** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21 SEP 2021

Nom et prénom du malade : **EL HARI Fatima** Age : **69**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

rhume et grippe

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 : **Tanger**

Le : **21 SEP 2021**

Signature de l'adhérent(e) : **HF**



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
21 SEP. 2021	6 =		250 DH	Docteur Latifa Allergopédiatris Pneumologue et Homeopathe Somatothérapeute en Expert Téléphone: 0537.60.97.87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CONSEIL Dr. YOUSSEF LAHLOU 33, Lotissement Témara TÉLÉPHONE: 0537.74.11.69	21/09/2021	500.00
	21/09/2021	300.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Labpratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

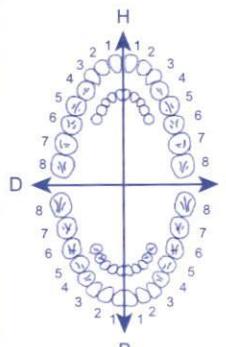
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

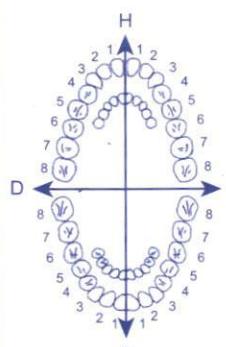
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Yousef LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrou, Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63



Devis N° DEV-79

Valable jusqu'au : 20/11/2021

EL HANI FATIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
BEURER OXYMETRE DE DOIGT REF PO35	1	500,00	3	500,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	416,67 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	83,33 DHS
Total					500,00 DHS

Arrêté le présent devis à la somme de : cinq cents DHS

INPE
102019890
PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Yousef LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrou, Témara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

Dr.Fatima Bourad

Pneumologue-Allergologue

Enfants et Adultes

ORDONNANCE

Temara le 21/9/2011

Nom

mm EL HANI FATIMA

500⁰⁰ Satumine

CnLh elyzine + un si m

PHARMACIE DU CONSEIL

Dr. Youssef LAHLOU

Pharmacien

33, Lot Masrour, Témara
Tél/Fax: 05.37.74.11.63

Docteur Fatima Bourad
Pneumologue Allergologue
Somrologue Homéopathie
Médecin Expert
Auprès des Tribunaux du Royaume
Tél: 05.37.60.97.87

Av. My Ali cherif,Imm 10 ,appt 2 Témara

Tel / Fax : 05.37.60.97.87

E-mail : bouradpneumo@gmail.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2373

e-mail :

Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

OS = 0,100 Spécialité
Saturnaire

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

.....

.....

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Fatima Bourad
Pneumologue Allergologue
Somnologue
Néurologue
Acupuncteur
Auprès des patients
Tel: 05.37.60.97.87

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Maître atteint de chypre + asthme d'origine

Nécessitant un traitement d'une durée de :

un mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Docteur Fatima Bourad
Pneumologue Allergologue
Somrologue Homéopathie
Médecin Expert
Auprès des Tribunaux du Royaume
Tél: 05.37.60.97.87