

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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.

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.

Optique :

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

UPRAS 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.

UPRAS : 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

 Maladie

 Dentaire

 Optique

 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695

Société : Royal Air Maroc

 Actif

 Pensionné(e)

 Autre : *AA Youcef Naima*
Nom & Prénom : *AA Youcef Naima*Date de naissance : *11/09/1960*Adresse : *115, "Résidence La Case" Rue El Fakharieh, 4^{ème} étage Apt 405 Nacif/Casab.*Tél. *05227460532*Total des frais engagés : *318000 DHS*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *23 FEV 2022*Nom et prénom du malade : *AA Youcef Naima*Age : *61 ans*
 Lui-même
 Conjoint
 Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *1 Ycida*

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 : *23/02/2022*Signature de l'adhérent(e) : *AA Youcef*Le *23/02/2022*

Actes	Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Saïd LEBI Pharmacien Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 06 22 22 11 10 - R.C. Casa : 14664 CNSS : 1187641 - IF : 58005302 - Patente N° : 34006266 ICE N° : 001897771000045 INPE : 092049261	Date 22/02/2022	Montant de la Facture 100,00

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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bila

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

PHARMACIE PRINCIPALE

Mohamed Saïd LEBBAR

Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149864

CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 0920492610

case

Le

22/02/2022

Facture N°

24

M.

AYACH NADIA

Quantité

Prix

Montant

5 levithrox 25

6,80 34,00

5 levithrox 50

13,40 67,00

101,00

arrêter la prochaine facture

bonne de caisse

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

PHARMACIE PRINCIPALE

Mohamed Saïd LEBBAR

Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149864

CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 0920492610

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH