

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.

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.

Prothétique :

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

clamation : contact@mupras.com
ise en charge : pec@mupras.com
hésion 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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYAOULIT

Nationalité : Nation

Date de naissance : 15/11/1960

à Casablanca

Adresse : 115, Avenue EL FOUTAITEUR, Résidence

Le Cèdre, 4ème étage Appartement 408, N° 10/10/10

Tél. : +212 776 05 32 1

Total des frais engagés : 8360 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age : 61 ans

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

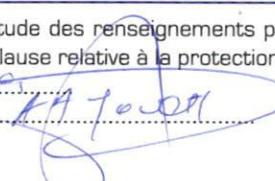
Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 23/02/2022

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACEIALE Mohamed Sadi LEBBAR Pharmacien Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 1110 - R.C. Casa : 149364 CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34006256 ICE N° : 001897771000845	16/07/2022	83,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 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

A diagram showing a 10x10 grid of circles, centered at the origin (0,0). The grid is labeled with axes: D (left), H (top), and B (bottom). The grid is filled with numbers representing a 10x10 matrix. The values are as follows:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
2	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7
3	3	4	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	3	4	5	6	7	8	9	10	1
5	5	6	5	6	7	8	9	10	1	2
6	6	7	6	7	8	9	10	1	2	3
7	7	8	7	8	9	10	1	2	3	4
8	8	9	8	9	10	1	2	3	4	5
9	9	10	9	10	1	2	3	4	5	6
10	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Casq Le 16/02/2022

Facture N° 22

M. AYACHE NAWAL

Quantité	désignation	Prix	Montant
1	cataflex 120	45,30	45,30
1	cataflex 120	24,00	24,00
1	Salipate 1g	14,00	14,00
			83,30

annuler la présente facture
à la suite de contre-vente
vers dithran et poctyl

PHARMACIE PRINCIPALE

Mohamed Said LEBBAR

Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884

CNSS : 1187641 - IF : 50965302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 091897771000045

INPE : 092049261

LOT: M21051
EXP: FEB 2024
PPV: 45,50 DH

LOT: M20192
EXP: OCT 2024
PPV: 24,00 DH

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2800

SHARM - THE TASTY KISSES
Milkmaid Queen Lacto R
Lactation
Group Boli Milk Queen 10000 Creations
T-10000-10000-10000-10000-10000
CH-2-118181-10-000000-000000-000000
ICE H: 00188211100000
INPE: 00504562