

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.

ctique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom :

AmJouel Saïd

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : 84 A RÉSIDENCE DES îLES RUE AL AOUROU

APPARAT NEUF BEAU SEJOUR CASABLANCA

Tél: 0613214100/0522394810 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/22

Nom et prénom du malade : AmJouel Saïd

Age : 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : En doc

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, le

Le : 24/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moua CHRAIBI MOU 69, Bd. Barrechid A Casa - Tel: 0524 69 22 22	24/02/22	721,50DH

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 d...

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'C' points to the right. The diagram shows the relationship between the dental arch and the coordinate system.

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES MÉTABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous

الدكتورة بسمة ثريّة

خريجة كلية الطب بتولوز

الاختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغذية - السمنة

الاضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولسترول - العقم

بالمؤعد

Casablanca, le 24/2/22

Amouel Sain

5x 24,40	Levoflax 100	-1-0-0
5x 6,80	Levoflax 250	-1-0-0
10x 28,00	Sterophase 100	-1/2-1/2-1
1x 6,00	Noctil 200	-0-0-1/2
1x 27,70	Cardio NBP	-0-1-0
	Amo 100-200	
	1c poule 13 mois	
	W Cardiolo	
1x 49,40	Bluver 5	-1/2 au flor 1 mois
	Dilgins	
	Trisylcine	
	Acetekro	
	Renal	
		Med

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00



6 118001 102006

evothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

2862160335



6 118001 102006

evothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

2862160335



6 118001 102006

evothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

2862160335



6 118001 102006

evothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

2862160335



6 118001 102006

evothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

2862160335



118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862460342



118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862460342



118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862460342



118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862460342



118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862460342

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280