

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données 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.

Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Pathologie 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.

Autres :

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.

Dentaire :

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

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 080549

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048

Société : RAY

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MR BENCHERIF Sidi Said

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. 0661453762

Total des frais engagés : #372.00#

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2022

Nom et prénom du malade :

Age : 70 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : IRM avec injection pc

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 : 24/02/2022


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
24/02/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/2022	372.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

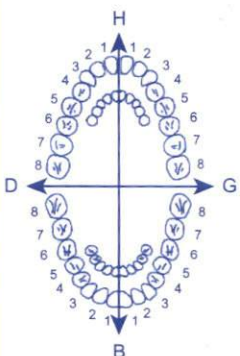
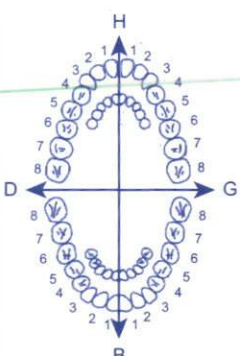
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OMNIPAQUE™ 300mg I/ml
SOLUTION INJECTABLE IOHEXOL 1x100ml



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.L.Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur
N° AMM : 311/13 DMP/21/NNP

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p
300 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30° C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 1 mois à une
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 mL يحتوي على : أيوهكسول 647 ملغ ك.ك.ل
300 ملغ يود.

المركبات الأخرى : تروميتامول ، حمض الهيدروكلوريك ،
إديتات الكالسيوم ، ماء للحقن.

كل عبوة إستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى 30°م ،
يحفظ بعيداً عن الضوء وبعيداً عن الأشعة.

هذا الدواء يمكن حفظه مدة شهر في مكان درجة

حرارته 37°م.

لا يترك على مראى أو في متناول الأطفال.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

رقم مقرر التسجيل : 17/99/08C 017/212 DE

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

300

mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable

IOHEXOL

محلول للحقن

أيوهكسول

1 x 100 ml

Voie intraveineuse ou
intra-artérielle

يستعمل للحقن

داخل الأوعية

EXP/تاريخ الانتهاء : 06-2024
Lot n°/الحملة : 15563695
FAB/صانع الدواء : 2021 07 21

1192527 DZA