

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.

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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-709768

115399

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12977	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJJI HASNA			
Date de naissance : 14-08-1989			
Adresse : RUE 78 N° 86 OULFA			
Tél. : 0666-123-217		Total des frais engagés : 586,60 Dhs	

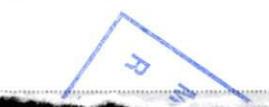
Autorisation CnDp N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin			
	<p>Cachet du médecin : <i>Docteur Fatima BELLAM O. R. L. 21 Place Charles Nau (Face Institut Pasteur) Tél. 42.36.80 - Casablanca</i></p> <p>Date de consultation : 05/05/2022</p> <p>Nom et prénom du malade : Hajji Hasna</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>Nature de la maladie : <i>Rhinite + eczéma</i></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>jet d'aspirine</i></p> <p>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.</p>			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

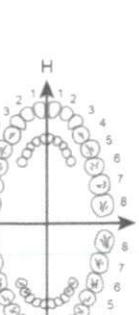
Le : / /



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
05.05.99	CS		300 DT	INP : 091019273 Doctor Patima BELLAMY O. R. L. 21, Place Charles Nicoll (Face Institut Pasteur) Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU NIL 451, Bd de Rabat Casablanca	05/05/2022	28660

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank if no teeth treated)	Nature des Soins (Leave blank if no treatment)	Coefficient (Leave blank if no treatment)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

O.R.L.

لـ

21, Place Pasteur - 2ème Étage N° 8
(Face Institut Pasteur) Casablanca
Tél. : 0522 48 36 80

إختصاصية في أمراض
الأنف - الحنجرة

إقامة باستور، 21 ساحة لويس باستور الطابق الثاني
رقم 8 في المستشفيات الدار البيضاء
الهاتف : 0522 48 36 80

Casablanca, le : ٠٥-٠٥-٢٠٢٢ : الدار البيضاء في :

Hajji Harsna

Dr. Augmentin Sy

138,30

(B)

PPV: 138,30 DH
LOT: 647664
PER: 09/23

٣ p ^m au mil. x ٣٠

Effipred Zong (btl) : ٥٨,٦٠

٣ p le mat x ٣٠ au mat.

Dr. Maxol Sy Ad

١ cs ^m x ٣٠

٤١,٤٠

alone Single

٣ p le mat x ٣٠

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

٣٢,٦٠

موكسول
أسيروكسول

LOT:
PER:
PPV:

بدون سكر

5). Exwend solutio : 32.90



l'appliquer en cas
de démangeai

Docteur Fatima BELLAM:

O. B. L.

21, Place Charles Nicot
Face Institut Pasteur
Casablanca

tel. 48.36.80

28667

PHARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum Rabij
Oulfa - Casablanca