

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 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-653578

122325

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11761

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HBARAWI MOHAMED YACINE

Date de naissance :

10/05/1976

Adresse :

Imm 1 Apt 22 Et 4
Old 11222 - DAR BEN AZAFA

Tél. :

6661130377

Total des frais engagés : 260 + 158,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. SAMOUANI Abdellah
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE
Im. Communeo-Angle Bd
Sidi Abderrahmane&Rout
d'Azemmour-Casablanca
0522 20 45 45

Cachet du médecin :

25 JUIN 2022
Dr. Abdellah Samouani

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

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 :

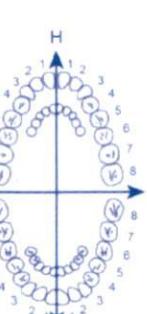
Le : 24/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
25 JUIN 2022	<i>A</i>		<i>250.-</i>	 INP : 00000000000000000000000000000000 SAMBANI ADOU DEBIAKIE ALLERGOLOGIE Commune d'Agde Abidjan Bur - Casablanca 02-12-22-89

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Bloc 211 N°124 Hay Hassani Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca Tél : 0522 90 31 00</p>	25.06. 2022	158,10

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS						VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الأطفال والحساسية

Docteur Abdelkhaled ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

الدكتور عبد الخالق زهوانى

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

الضيقة وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس مصلحة سابقاً

25 JUIN 2022

31,90

- Tytec im
126,20

126,20

- Typhim vi

158,10

31,90

S.V.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Typhim vi inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 126,20
6 118001 080168

Dr. ZAHOUANI Abdelkhaled
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE
Im. Communal-angle Bd.
Sidi Abderrahmane & Route
d'Azemmour-Casablanca
r 10700 T 0522 91 43 33 / 06 63 48 11 21

