

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

- Reclamation : 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11579

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAKIR HICHAM

Date de naissance : 16/05/1973

Adresse : 03, Rue Abd loutbani, 1^{er} Et^é, Casablanca

Tél. : 0611838773 Total des frais engagés : 2128,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



06/07/2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

S.M.D

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 07/07/2022

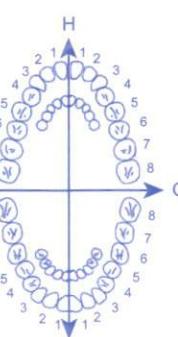
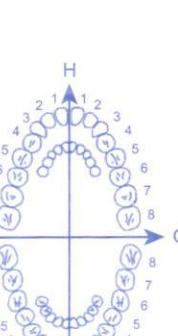
Signature de l'adhérent(e) :

H.A

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06/07/22	Actes	1	100	 DOCTEUR MOHAMED JELAL EN ASSISTANT CHIRURGIEN ST LOUIS PARIS 24 Rue de Bagdad - CASA TEL. 0522 48 27 81/82

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.																							
	Dents Traitées (Rows for teeth 1-8 in upper and lower arches)	Nature des Soins (Rows for various dental treatments)	Coefficient (Rows for coefficient values)	COEFFICIENT DES TRAVAUX 																			
				MONTANTS DES SOINS 																			
				DEBUT D'EXECUTION 																			
				FIN D'EXECUTION 																			
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
					<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	00000000		D	G	00000000	00000000	35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
					H	21433552																	
					25533412	00000000																	
					00000000																		
					D	G																	
00000000	00000000																						
35533411 11433553																							
B																							
MONTANTS DES SOINS 																							
DATE DU DEVIS 																							
DATE DE L'EXECUTION 																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél. : 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس
أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة النورقية
العاشر : 0522 48 27 88

Michael Rabi
06/07/82
Casablanca, le

60,00 x 3

1/08/1A 3 μg

437,00 x 4

2/Janet 50/1000

1928,00

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

LOT 212852
EXP 11 2024
PPV 60.00

PHARMACIE NO
CASABLANCA
K. BOUZEKRI
16, Bd. de la Lib
Tél: 05.22.31.47.17 - CASA

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 88

24، زقة بغداد (قرب زقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca