

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

- 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.

M22- 0005426

Medecin

Maladie

Dentaire

Optique *Sous*

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **2385** Société : *Royal Air Maroc*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **HA NNAA OUI** *Hannadia*

Date de naissance : **26/12/1955** *12/12/1955*

Adresse :

0630318585 Total des frais engagés : **400,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Essaïd Ben Nour
Gynécologue
Inp : 031276295
Tel: 0522270307

Date de consultation : **20/06/2022**

Nom et prénom du malade : **HANNA OUI** *Hannadia* Age : **68 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Trouble du cycle**

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 : **Chambre** Le : **09 SEP. 2022**

Signature de l'adhérent(e) : *Hannadia*

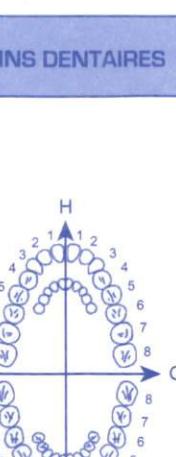
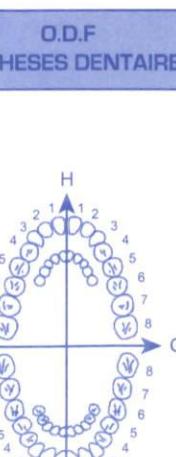


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/06/22	Cus. + Ecl		400,00	161:056227270301 S INPE : 001376295 DR ESSONNIE FERRIER NOTRE DAME DE LA MER

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		S.M.

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
					Coefficient des travaux
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
					Coefficient des travaux
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

Suivi de grossesse

Échographie 3D / 4D

Maladies du sein

Cancer du sein et de l'appareil génital

Chirurgie laparoscopique

Infertilité du couple

Sexologie

متابعة الحمل

الفحص بالصدى 3D / 4D

أمراض الثدي

سرطان الثدي والجهاز التناسلي

الجراحة بالمنظار

العقم عند الزوجين

المشاكل الجنسية



Casablanca le : 20/06/2022

Mme Hannadi Firdaus

1) Dynabron
rep 1j^{er} (3 mrs)

J 16 → J 25

2) Revital Gen

10/1j^{er}

نوع: 091276295
العنوان: 6555555555
الرقم: 0522270807

تقاطع شارع بوركون و زنقة أبو شجاع الفراي إقامة 3 الطابق 1 الشقة 3 أنفا الدار البيضاء

Angle Boulevard Bourgogne et Rue Abou Chouja Farabi, Résidence 3, étage N1 Appart N3 Anfa 20013 Casablanca

☎ 05 22 27 03 07 ☎ 06 06 32 03 00