

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-671205

129837

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11881

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA

Date de naissance : 22/08/1997

Adresse : 16 Bis Rue Ain sidi AR Bougagne

Casablanca

Tél : 0615354455

Total des frais engagés : 144,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30

1 Juin 2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : HTA

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 30/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

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
30.06.2022	epc		2 p. d. d. l.	INP : 092064559

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092064559	30/06/2022	4 1044.408

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

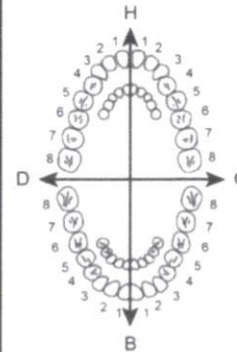
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

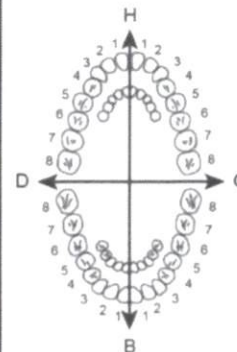
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

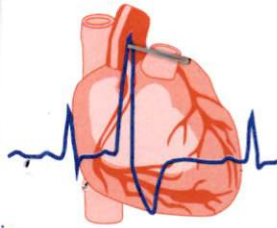
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Membre de la Société Française
de Cardiologie
Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بمونبولى
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
رئيس قسم أمراض القلب سابقا
بمصحات الضمان الإجتماعي

Casablanca, le 30. Juin 2022 الدار البيضاء في

Moradi KARIME

6 mois

149,20x7 7222 100

TOTAL 1044,40 = 1122

2064559

صيدلية تانكروفت
Pharmacie TANKROUFT
4, Rue Tannebroust - Casablanca
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
Cardiologue
33, Boulevard Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 022.94.06.06

PPV: 149DH20
PER: 03/24
LOT: K645

149,20
PPV 149DH20
PER 05/24
LOT K1478

149,20
PPV 149DH20
PER 05/24
LOT K1478

PPV 149DH20
PER 01/24
LOT K127

PPV: 149DH20
PER: 03/24
LOT: K645

PPV 149DH20
PER 01/24
LOT K127

33, شارع عبد اللطيف بن قنور - إقامة بيلافيسا II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt. N° 4 - 2ème Etage - Casa
الهاتف : 05 22 94 06 06 - الفاكس : 05 22 94 00 60 - المحمول : 06 61 14 48 64 - GSM