

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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.FAHNAOUI ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0619.49.14.57 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2022

Nom et prénom du malade : S.FAHNAOUI ABDELLATIF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dysfonction érectile

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Déclaration de Maladie

M22- 0006074

132992

Optique

Autres

Autorisation CNDP N° : AA-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
24/12/2017	1225		# 300,00	Hôpital Universitaire de Paris Urologie Transluminale Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
* PHARMACIE ANOUAL Avenue (14) Prolong Bd. Anoual Tunisie	14/7/22	547,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. Numbered teeth include 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. There are also several unnumbered teeth. Four directional markers are present: 'D' on the far left, 'G' on the far right, 'H' at the top center, and 'B' at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

24/07/2022
SAHNADOU; ABDELLATIF

1. Androgel

10g /

{ - 1

of 3mL



547100

2. ViroGAL

14 /



of 3mL

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Raphi Redouane
Urologie Transplantation-Renale

091037705

= 547100

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 87374 / 2022 du 14/07/2022

Nom patient	SAHNAOUI ABDELLATIF	Entrée	14/07/2022
	PAYANTS	Sortie	14/07/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

