

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.

13/10/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8359**

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHALID BOUSBINA

Date de naissance :

16/01/1966

Adresse :

**GOLF CITY VG TAN
50NS KOURA**

Télé : **0663722708**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/11/2022

Nom et prénom du malade :

Khalid Bousbina

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFection ORL

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 :

01/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	DR. A Spécialité Date Anglais Année 05:05 22/50/08	Montant de la Facture DR. A Spécialité Date Anglais Année 183,160 00/00/00
 05:05 22/50/08	01/19/2022	183,160

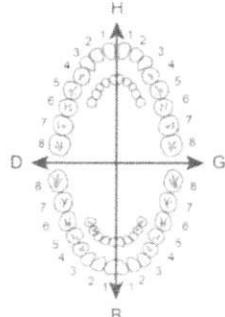
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

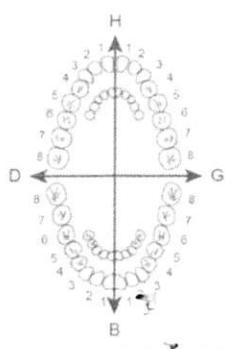


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

K

MONTANTS DES SOINS

1

DEBUT D'EXECUTION

1

FIN
D'EXECUTION

10

COEFFICIENT DES TRAVAUX

X

MONTANTS DES SOINS

10

DATE DU
DEVIS

10

DATE DE
L'EXECUTION

1000

- Traitement de la surdité
 - Chirurgie de la thyroïde
 - Traitement du vertige
 - Prise en charge du ronflement
 - Rhinite Allergique
 - Chirurgie endoscopique
 - Ancien médecin à l'hôpital
- 20 Aout Casablanca

Casablanca le :



Spécialiste de la Thyroïde

أخصائي الغدة الدرقية

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20 غشت الدار البيضاء

الدار البيضاء في:

01 Novembre 2022

Mr BOUSBINA KHALID



48,70 SOLUPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 7 jours

118,10 RISONEL

2 pulv le matin pendant 15 jours

21,80 POLYDEXA

3 gouttes x 3/ jour pendant 7 jours

$T = 189,60$

pharmacie
laplaza
MOUENAKHA PHARMA
Tél: 05 22 59 03 87 / 06 66 74 74 62

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en O.R.L et chirurgie
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca 10 88 02 35



SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler



21,80

