

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

14285+

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3153

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JDAIR ALI

Date de naissance :

1952

Adresse :

ALIA BELFAS

Tél. : 0668140795

Total des frais engagés : 200T 230,50 = 430,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/12/2022

Nom et prénom du malade : ALIA BELFAS Age : 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

générale et fonctionnelle

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 : BELFAS

Le : 28 DEC 2022

Signature de l'adhérent(e) :

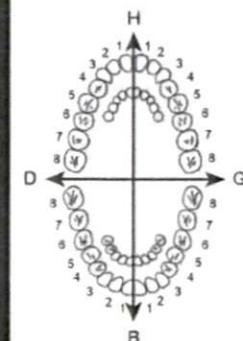


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/12/2018	C	1	250 Dhs	DR. MOHAMED BOUABDALLAH

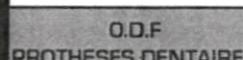
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie SIDI MOURAD Route Nationale N°1 Centre Belhaa TE: 05.26.20.95.10</p> <p>NPE 042051672</p>	18/12/82	230,00 DA

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'ODD.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

CARBOSORB®
Digest

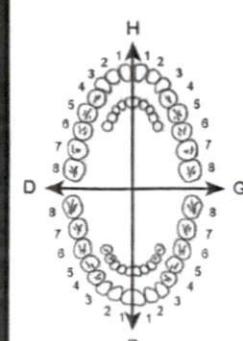


PPV:14DH00
PER:10/25
LOT:L3446



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

LOT:02011125
EXP:11/2025



Crème chauffante
Décontracturante

Dr. ABDELAZIZ BOUAABID

Diplômé de la faculté de médecine
Et de pharmacie de Rabat
Médecine générale
Expert assermenté

الدكتور عبد العزيز بو عبيد
خريج كلية الطب
والصيدلة بالبرلمان
الطب العام
خبير مدلل

Inchaden, le :

12/12/2022

ORDONNANCE

AL Jdair



Cette ordonnance est valable pour 3 mois.

19/01/2x20

45,00

X/10 Flam. goc. S.V.

+ Iaphectin 2x0

14,00

Doliprane 99 1 ep 2x

7,21

Multivitamine Hansal (

39,15

S.V.

230,80

CABINET

Du Dr Abdellaziz Bouaabid

NPE: 161033980



دوار النواصر جنوب الطريق الرابطة بين اكادير و تيزنيت جماعة انشادن الشتوكة ايت باها

الهاتف : 07 01 40 35 64

TOSHIBA

TOSHIBA

Abdomen triplex

12.12.2022

9.31.20

CPlane

CPlane

0

5

2DG

73

DR

65

15

6C1

T5.0

19 fps

6C1

T5.0

19 fps

IP3

#0

IP3

#42

Printing

HDD 99% Free



Dr. ABDELAZIZ BOUAABID

Diplômé de la faculté de médecine
Et de pharmacie de Rabat
Médecine générale
Expert assermenté



الدكتور عبد العزيز بوعبيد
خريج كلية الطب
والصيدلة بالرباط
طب العام
خبرير مخالف

Facture : 1

Date : 12 / 12 / 2022

Je soussigne _____, certifie avoir reçu de
Madame/Monsieur Ali Jelair la

somme de 200 Dirhams pour la consultation.

CABINET
Du Dr. Abdelaziz Bouaabid
INPE: 161033980



دوار النواصر جنوب الطريق الراibleة بين اكادير و تيزنيت جماعة انشادن اشتوكة ايت باها
الهاتف : 07 01 40 35 64