

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12761

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Belkhayat Nadia

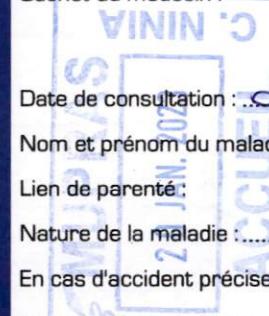
Date de naissance : 30/07/1973

Adresse : Résidence des Allées Nadines Fakir E8 Ain Diab - Casablanca

Tél. : 0662 79 58 35 Total des frais engagés : 308,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/23

Nom et prénom du malade : M. BELKHAJAT NAMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : bronchite

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) :

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
02.01.23		1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL MANSOURA S.A.S. S.A.R.L. Mehdi Ben Belk A. SASABLANCA</i>	02/01/23	158,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely maxillary, showing the upper teeth numbered 1 through 8. A vertical suture line, labeled 'H', runs through the central incisors. A horizontal suture line, labeled 'D' on the left and 'C' on the right, runs through the second molars. The teeth are arranged in a curve, with the central incisors being the most prominent. The numbers 1 through 8 are placed on the teeth to indicate their position and sequence.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. BELGHITI Khadija
Médecin Généraliste
45, Bd Bourgogne 1er Etage
Appt. N° 3 - Casablanca

PPV: 14DH00
PER: 12/25
LOT: L3730

CASA Le: 02-01-23

1 BELKHAYAT NAMA

azix 50



1 gr à midi - 01-

99,70

②

azolpone



Vita C1000°

PPV 15DH30
EXP 10/2025
LOT 2N040 12

14,00

VIT C 1000

1 gr

LOT: 220801
PPV: 12/2025
49,00DH

15,30

49,00

docteur



158,00

Dr. BELGHITI Khadija
Médecin Généraliste
45, Bd Bourgogne 1er Etage
Appt. N° 3 - Casablanca

-05-

PPV 79 RH 70
PER 07/25
LGI L 2556