

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-783572

A 46934

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0006204

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENOUSKI ABDELJALIL

Date de naissance :

Adresse : LISSASFA 20 EL KOUZAMA EI N65

Tél. : 07.111.94.969

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue S. Lissasta Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 93 48 49	26/1/23		2800

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.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION																																	
FIN D'EXÉCUTION																																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th colspan="2"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B																																
	[Création, remont, adjonction]																																
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																
MONTANTS DES SOINS																																	
DATE DU DEVIS																																	
DATE DE L'EXÉCUTION																																	



DR HICHAM REDOUANE

PHARMACIE L'EXTENSION

lotissement operation lissasfa 129 E

PPV:14DH00
PER:09/25
LOT:L3051

PPV:14DH00
PER:10/25
LOT:L3538

R.C :286586 casa

T.V.A.:

C.N.S.S:6412663

Tél : 0522 93 48 40

Le 26/01/2023

FACTURE N°381719

N° ICE : 00049070000039

N° IF 50821330

OUADI AICHA

2

ICE N° :

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue de l'Indépendance
Extensia CASABLANCA
Tel: 05 22 93 40 60

BRUT TTC 28,00 - Remise 0,00 = NET TTC 28,00

Am 21.6.1996, 14:10:00 Uhr, 1996-06-21 14:10:00 East

Presente facture a la s