

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3691</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SALHI Naima</u>		
Date de naissance : <u>6.11.1957</u>		
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>Docteur Moulay Ali</i> <i>Cardiologue</i> <i>62 Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca</i> <i>Tel: 05 22 94 03 10 - GSM: 0662 80 19 75</i>		
Date de consultation : <u>03.01.2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>SALHI NAIMA</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>N/A</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>25/2023</u>			
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) : Naima

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
03.01.23	C+ELL		300DT	Docteur M. El Mansouri 282 Bd. Jérôme El Mansouri 0622040910 - GSM: 06...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ABDELKADER MANSOUR - LABEILLE PHARMACEUTIQUE - MULHOUSE - FRANCE</i>	10/10/23 INPE 072041064	324,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 16x16 grid of points. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'G' on the right, and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom. The grid is filled with labels '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7', and '8' in a repeating pattern. The labels are placed such that they are not aligned with the grid lines, creating a staggered effect. The labels are oriented in various directions, with some being rotated 90 degrees clockwise or counter-clockwise.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 03/01/2023

44,00x3
 1 - CARDIX 6.25MG



Mme SALHI NAIMA

65,00x3
 2 - MEDZAR 50MG



O-O-1

327,00

DR. KHOURESSA II ABDELLAH
 PHARMACE - LABORATOIRE
 262 Bd Yaâcoub El Mansour
 Casablanca
 Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75



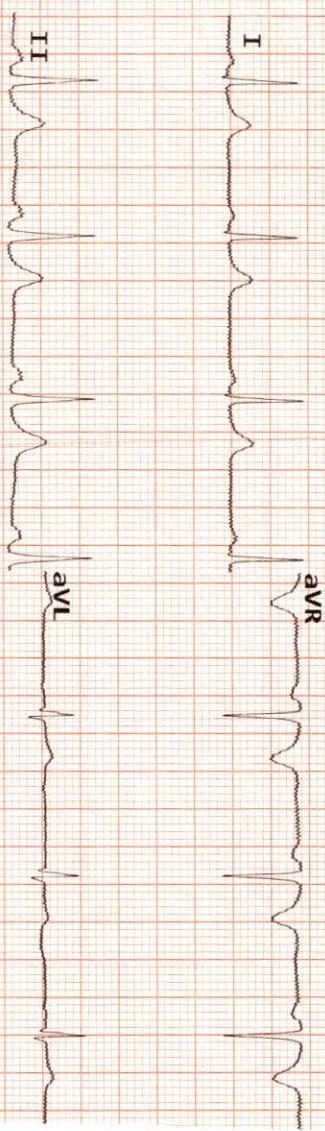
traitement de 3 mois

Docteur Mouad CRIQUECH
 Cardiologue
 262 Bd Yaâcoub El Mansour - Casablanca
 Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

0mm/mV

10mm/mV

SALVAN MARIE
03.01.23



Vitesse: 25mm/s AC:50Hz Filtre:A50 D 85Hz Mode d'impr:Temp

