

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.

N° W21-777885

15.8332

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>HTL 12563</u>		Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENAYENE JALAL</u>			
Date de naissance : <u>23/10/1981</u>			
Adresse : <u>Résidence des près Immekhla 13 apt 4 Casab</u>			
Tél. : <u>0662651665</u>	Total des frais engagés : <u>739,80</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr C. GUILLEMETEAU
Cachet du médecin :	46, Boulevard Tidghine Lot Koubli - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95 I.C.E : 001698943000033
Date de consultation :	<u>BÉNINIYA NE Yumi</u>
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Oste</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 :	<u>casab</u>
Signature de l'adhérent(e) :	

MUPRAS
25 AVR 2023
R ACCUEILLIE 2023



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
1-6 223	Cir	-	300 mrs	INP : 091069601 Dr. C. GUILLOU 16, Boulevard Sidi M'hamed Lot K. 51 - Dar Bouazza - Casablanca Tél. 01/04/123
3 Juil 201	Cir	-	G	Dr. C. GUILLOU 16, Boulevard Sidi M'hamed Lot K. 51 - Dar Bouazza - Casablanca Tél. 01/04/123

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LES TERRASSES MARINES PARLAU Route AZEMOUR Res Terrasses Marines Dar Bouazza - Casablanca	1/4/23	I.C.E : 00169892000033 205,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

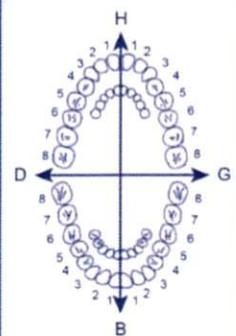
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

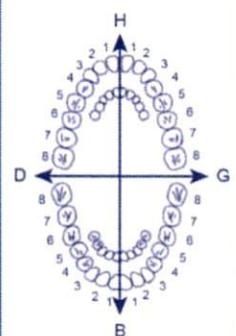
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Officier S.V. droite des deux
mitte 105 ~ ai 5j.
70,60

Cette fois

T = 14h, 60

Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL AU
Route AZEMOUR Res Terrasses Marins
Dar Bouazza - Casablanca
Tél:

~~L.C.E : 001698943000033
Tél : 0522961795
Ave. Bourguiba - Dar Bouazza
C.G.U.L E M E T E R~~

3.4.223

2x 119,30 Oktocer 100 S.V. L dr de 16 net ~
38,10 Uthelene 210 S.V. 1 selby ~ 8j.
18,50 Coprim 5ur S.V. h foj ~ 5.

PHARMACIE ANFA PLACE
C/C Anfa Place, Bd de la Corniche
Tel.: 0522 79 70 31 - RC: 266003

PHARMACIE ANFA PLACE
C/C Anfa Place, Bd de la Corniche
Tel.: 0522 79 70 31 - RC: 266003

T = 295,20