

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 2276 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MALAJATI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 65 EULZA TALAR Rue Fouad 11

Annexe : Chambre des Chirurgiens

Tél. : 066 896 22 22 Total des frais engagés : 504,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/05/2023

Nom et prénom du malade : M. MALAJATI Mohamed Age : 1947

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + coronarien + DTg / Abcès dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HTA

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 : CASABLANCA Le : 18/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : p.

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
18/05/23	G		G	<i>Dr. Abdessamad MAMANI Réanimation Médicale CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CHEIKH Dr DIANI Abdelfatah N°600 LOTS HANRA 2 AVAL QUDS AIN CHOCK CASABLANCA GSM 0663 43 37 47 FIX 0808 57 18 76	18/05/2023	504,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr MALAJATI Mohamed

58,70
1) Tenormine 100 = 1cp/6 midi
(N=1)

2) 50,00
Coveram Singl/5 = 1cp/6 matin
(N=1)

3) 97,60
Bedrip 20 = 1cp/6 soir
(N=1)

4) 49,70
Flogyl 500 = 1cp x 3/6

5) 40,00
Gafipred 200 = 3cps/6 matin
pdt 5/6

6) 30,00
Odeles 20 = 1cp/6 soir
pdt 2/6

7) 20,90
Glucophage 500 = 1cp/6 midi
504,90

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
PER:07/2025



6 118000 011590

LOT 220652
EXP 11/2024
PPV 30.00DH

20.80

PPV:40DH00
PER:02/26
LOT:M71%

97.60

20.80

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 40DH00



6 118000 060062