

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

- 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° W21-804641

167966

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12963

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zouhir Ouidjane

Date de naissance :

02-11-1989

Adresse :

Avenue Nakdad Lahrigi résidence El Bouskane
8 Imm 15 app 2 Casablanca

Tél. :

0671075715 Total des frais engagés : ~~208,90~~ 0457 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

12 JUIL 2023

Joint

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

CASABLANCA

Le : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
 DUSRALISABE LAURENT « les Jardins de California » 21, rue de la République 75011 Paris Tel. 01 43 58 21 98	03/08/23	208.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance Médicale

Casablanca le :03/07/2023

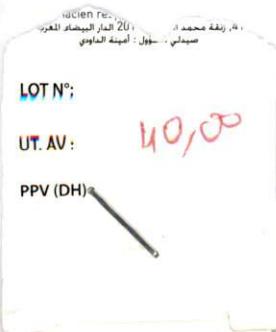
MME ZOUHIR OUIJDANE

- **Augmentin 1g sachet**
1 sachet, matin, soir , pendant 7 jours
- **Effipred 20 mg**
3 Comprimés, matin, pendant 3 jours

168.2-

40.0-

= 208.2-



Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL/Chirurgie
Cervico Faciale
511, Bd Al Qods, Rés. les Jardins
Qods California, Appt 14 Ain Chock
Casablanca - Tél. : 05 22 52 69 78

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés. «Les Jardins de California 2»
Bd. de Fes (mn. 1 California 2)
Casa. Tél: 05 22 21 98 94

ابن نصائح الطبيب أو الصيدلي
محله الكسندر



الدار البيضا، (أمام محطة باص واي هاي شريفة)

511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Calif

Tél : 0522 52 69 78 / 06 1



AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets

