

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

- 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 : 11782

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LYAMANI

Date de naissance : 26/10/1973

Adresse : 25 LOT AMAL RUE MIMALZA HAY EL HUDA

Tél. : 050075933

Total des frais engagés : 250 + 425,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr RAGHI Mohamed
Chirurgien Orthopédiste

Traumatologue
Bd. Abou Bakr El Kadir Rés. Panorama
Imm. 1 n° 3, 1er Étage - Casablanca
Tél: 05 22 97 20 36 / 06 61 33 31 90

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 SEP. 2023

Nom et prénom du malade : EL GONZALEZ AMAL

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 : 25 SEPTEMBER 2023

Le : 10/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

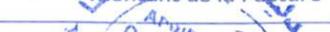
MUPRAS

ACCUEIL KH. HABIB

DELEGE 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
25 SEP. 2023		250 Dr	Dr. RAGHI MOUNA Chirurgie Traumatologique Bd. Abu Dhabi 11, 1er étage - Casablanca Téléphone : 2297 20 36 / 06 61 33 31 90	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Angeles Omar et Rue A. Boulevard Tel/Fax U5 22-53-42-2	26/09/13	 Angeles Omar et Rue A. Boulevard Tel/Fax U5 22-53-42-2

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

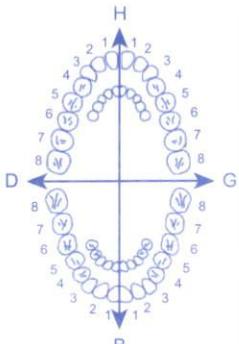
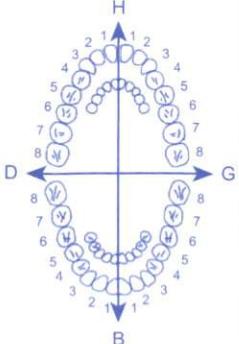
AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Montants des soins <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Mohamed Raghi

Chirurgien

- Orthopediste / Traumatologie
- Chirurgie réparatrice
- chirurgie de la main
- Prothétique - Arthoscopie



الدكتور محمد الراغي

- اختصاصي في جراحة العظام . المفاصل . العمود الفقري . الجراحة بالمنظار .

Casablanca, le

25 SEP. 2023

الدار البيضاء في

M EL GOURARI ANTON

61.50

1) MORAC 15 mg

92.40 x 2 1x2 fl x 30 mg

4) Difod 30 mg

suppl la mat x 60 mg

ps 1x1 fl x 1

8)

Séduge

LOT : 230569

EXP : 04/2025

PPV : 29.50DH

26.80

TERYCA 30 mg

1 fl x 2 fl

NETO 2 fl 1 fl

BD Aboubaker El Kadiri Résidence Panorama immeuble 4 bureau 3 sidi maarouf Casablanca

الهاتف : 06 61 33 31 90 - التلفا : 05 22 97 20 36

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM SA



6 118001 260690

PPV: 92,40 DH

