

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

194101

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL FOULANI KABIL

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CHAMPS ou Apt B12 ENNAJIM

CASA BLANCA

Tél. 06 61 16 69 37 Total des frais engagés : + 2000 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : ENNAJIM Review Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection gynéologique

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 un caractère confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Date : 13 MAI 2024

Signature de l'adhérent(e) : A 



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
07/02/2024	consultation	1	10000	

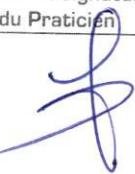
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

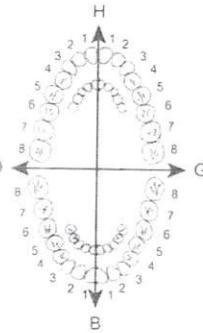
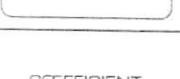
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	07/02/2024	10 AMNG				20000
						1000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

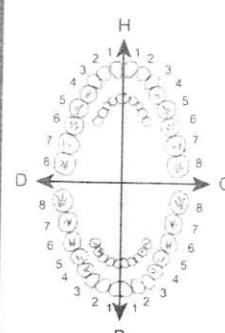
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					
					
					
					
					
					
					

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



[Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia
Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif
Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11
Gsm: 06 28 56 92 59
Casablanca

Casablanca, Le : 13/01/2024

Mme ENNASSER Meryem

10 SCEANCES DE RENFORCEMENT DORSOLOMBAIRE



Devis

Casablanca 07/02/2024

La somme deux mille dirhams. (2000,00dhs).

A raison de 10 séances de renforcement dorsolombaire.

Adressée à Mme ENNASSER Meryem.

Sur ordonnance Dr. LAYACHI TAHIRI Fouzia.

CENTRE ANDALOUS DE REEDUCATION
Mme. Madiha FATHALLAH
N°23, Rue 55 Bd LAMDOUNE Bd.
Panoramique Ain Chok-Casablanca
Tél.: 05 22 52 83 74
centreandalous@gmail.com
ICE: 000427397000080
INPE: 065038432

N° Dossier: 194101 

N° Dossier externe: PEC-12547-08/02/2024

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: ENNASSER MERYEM

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 08-02-2024 

Date de fin: 

Date de saisie: 08-02-2024

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
08-02-2024	Manuel	OK 10S

N° Dossier: 194101 

N° Dossier externe: PEC-12547-08/02/2024

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: ENNASSER MERYEM

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 08-02-2024 

Date de fin: 

Date de saisie: 08-02-2024

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
08-02-2024	Manuel	OK 10S

Facture N°017/2024

Casablanca le 11/03/2024

Nom du patient	Mme ENNASSER
Prénom du patient	Meryem
Nombres des séances prescrites	10 séances
Nombres des séances réalisées	10 séances
Période des soins	Du 16 /02/2024 au 11/03/2024
Diagnostic	Rééducation de renforcement dorsolombaire.
Montant des séances	2 000,00
Arrêter la présente facture à la somme de	Deux mille dirhams

CENTRE ANDALOUS DE REEDUCATION
 Mme. Madiha FATHALLAH
 N°23, Rue 55 Bin LAMDOUNE Bd.
 Panoramique Ain Chok Casablanca
 Tel.: 05 22 52 83 74
 centreandalous@gmail.com
 ICE: 000427397000080
 INPE: 065038432