

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-682098

203675

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 004661

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMAN Abdellah

Date de naissance : 01/07/45

Adresse : Residence EL Mansour i Mm 21 Apt 2
Hay Escaram Casablanca 20210

Tél. : 0664983418

Total des frais engagés : 281,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/04/2024

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/04/24

203675

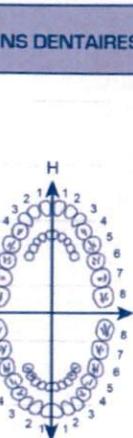
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
22/10/2019				INP : 0910350119
23/10/2019			Gratuit	
23/10/2019			Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/2024	240,90
	23/04/2024	151,20

ANALYSES - RADIographies			
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
		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.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

ORDONNANCE

Casablanca le 22/04/2024

NOM : AMAN
PRENOM : ABDELLAOUIED

L'œil opéré a partir de ce jour

26,70
1°) CHIBROCADRON (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

71,00

2°) MEXINE 500 MG (comprimés)

1 cp x2/j pdt 05 jours

119,00

3°) OCUSERUM ou PHYLARM

Pour nettoyage de la paupière matin et soir

L'œil opéré après 07 jours

24,00

1°) RONIC (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

1 goutte x2/j pdt 07 jours

1 goutte x1/j pdt 07jours

T=240,40

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX

DR. CHAHIDI Mohammed

Ophthalmologist
544, bd. panoramique californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 96 76 21

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV:26.70DH
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC

LOT : 4111
PER : 05 - 26
P.P.V : 71 DH 00

HER MEDIC
PPC
119.00 DHS

PHARMACIE BAB ESSALY
(issly SARL)
Monemine Amal
Docteur en pharmacie
27,Rue de l'Atlas - Hay Salam ,Casablanca
Tel: 05 22 86 46 18

Laboratório Edol ronic*
1 mg/ml falcon de 5 ml
PPV: 24,00 DHS
Barcode
* 6 1 1 8 0 0 0 1 2 0 4 5 2 *

Casablanca le 23/04/2024.....

M² AMAN Abdelouahed

151,20

CD m 5
1 C 8 15 J.

T=151,20

PHARMACIE BAB ESSALAM
(issiy SARL)
Alouemmane Amlal
Docteur en pharmacie
Rue de l'Atlas - Hay Salam - Casablanca
Tel: 05 22 94 15 14
Cap Var - France
Saint-Laurent du Var - FRANCE
Steripharma
PPC: 151,20 dh

DR. CHAHBI Mohammed

Chantelmalco S.a.s
544, boulevard panoramique, Californie
Casablanca maroc
Télé: 05 22 86 60 700 - 05 22 50 15 15
05 22 86 66 46 21

QR code

DR. CHAHBI M.
544, boulevard panoramique, Californie
Casablanca maroc
Télé: 05 22 86 60 700 - 05 22 50 15 15
05 22 86 66 46 21