

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.

Maladie **Dentaire** **22967** **Optique** **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Société : **Royal Air Maroc**

Matricule : **12551** Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom : **ELMOUJADDIDI Med Anouar**

Date de naissance : **25/04/1986**

Adresse : **Residence les orchidees 1 appt i8
Mohammedia**

Tél. : **0661684871** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07 09 2020**

Nom et prénom du malade : **El moujaddidi mohamed ghali** Age : **34**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Diabète**

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **Mohammedia** Le : **07 12 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

0 Réclamation : contact@mupras.com

0 Prise en charge : pec@mupras.com

0 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M attestant le Paiement des
07/01/2020	G		77040	INP: 091126419

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. KHATTOU Abdelkacem 38, Bd Mouassatir Derb Riabat Alger - Algérie - Tel/Fax : 05 23 30 36 36	07/01/2020	77040

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

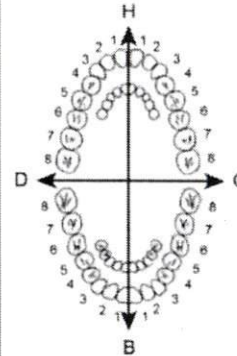
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(This section is crossed out with a large blue diagonal line)</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

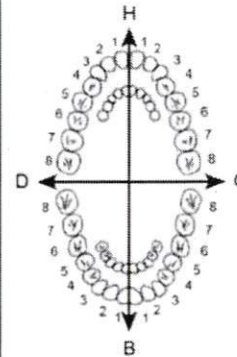
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>(This section is crossed out with a large blue diagonal line)</i>						

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
D		B	
00000000	00000000	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Mohamed SEDIRA
PEDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er étage. App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد لاسديرة
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
05 23 31 06 08 : العيادة
06 63 44 32 71 : المستعجلات

Mohammedia, le

07/01/2020

المحمدية، في

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

El MOUJADDIDI
Abdelhak Ghali

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain sebaâ Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL
INJ 1FL

PPV : 734.00 DH



734,00

MENACTRA
1 dose
1/2 dose
1/4 dose

PHARMACIE ET ORTHOPEDIE
IKRAFIS
Dr. Mohamed Sedira
05 23 31 06 08
06 63 44 32 71

36,70

770,70

Mycodepme
Dr. Mohamed Sedira
15, Avenue des F.A.R
Appartement 4 - Mohammedia
Tél : 05 23 31 06 08

MYCODEPME® 1% CREME

LOT: 08019046
PER: 07-2024
PPV: 36,70 DH

Nil

MYCODEPME® 1% CREME
Tube de 40 g



6 118000 230151

Topique

Tube de 40 g