

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02742 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Ret
Nom & Prénom : H.DIA A.BDESSA.MAD
Date de naissance : 1957
Adresse : 119. Bld. Sidi Abderrahmane
Boulevard Sidi Abderrahmane
Tél. : 06 21 95 98 89 Total des frais engagés : 516 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 2020

Le :

Signature de l'adhérent(e) : JP

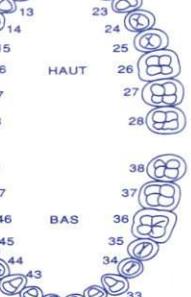
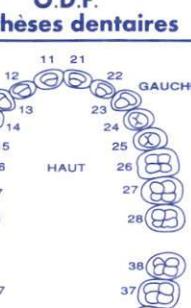


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

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

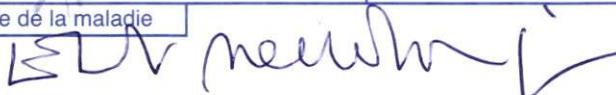
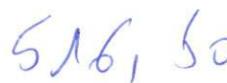
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				<input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'execution <input type="text"/>
				Fin d'execution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	$ \begin{array}{c c} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline G & 00000000 \\ & 11433553 \end{array} $			<input type="text"/>
	$ \begin{array}{c c} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline G & 00000000 \\ & 11433553 \end{array} $			Montant des soins <input type="text"/>
	$ \begin{array}{c c} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline G & 00000000 \\ & 11433553 \end{array} $			Date du devis <input type="text"/>
	$ \begin{array}{c c} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline G & 00000000 \\ & 11433553 \end{array} $			Fin d'execution <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'execution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 17 / 47387	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P17/047387

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	 Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		HANNAH ABDERABAH	
Fonction	Ref	Phones 0661959589	
Mail		Hanah@yahoo.com	
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
 S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
			
PHARMACIE		Date 26/08/19	
Montant de la facture		 516,50	
 Pharmacie Les Pyramides Dr. Elmostapha GHANDAF			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV			
Montant détaillé des Honoraires			
 CACHET			
 CACHET			

Docteur Bahija FADDI

الدكتورة بهيجة فضي

MÉDECINE GÉNÉRALE
NUTRITHÉRAPIE DIÉTÉTIQUE
MÉDECINE ÉSTHÉTIQUE
ÉCHOGRAPHIE

Diplôme universitaire de la faculté de
médecine de Montpellier - FRANCE
de l'IHEPS et AMME

5, Rue des Mésanges Angle
Bd. Abderrahim Bouabid - N°6 - OASIS
Tél. : 0522 232 232
0661 14 66 66

الطب العام
الحمية والتغذية
طب التجميل
الفحص بأشعة الصدى
الشهادة الجامعية بكلية الطب
مبوبولي فرنسا و ليهيبس
5, زنقة دي ميزانج زاوية شارع
عبد الرحيم بوغبيد - رقم 6 الوازير
الهاتف : 0522 232 232 : 0661 14 66 66

Casablanca, le :

26 08 2019

$29,50 \times 5 = 147,50$

Temesta 1/1

66,60 $\times 5 = 283,00$

St Enox 10
Np le 50

17,20 $\times 5 = 86,00$

Phidryl
Np le

5161 50

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

661 14 66 66
26 08 2019

661 14 66 66
3 mis

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

BOUCHE BAHJA FADDI
Généraliste Echographie
Nutrition Diététique
Médecine Esthétique Anti-âge
5, Rue des Mésanges Bd. Bouabid
1er Etage N°6-Oasis Casablanca
Tél: 05 22 232 232 0661 14 66 66

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

