

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

- 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 Fakkiret Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 21 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-454832

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricle : 05543 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance : 25 - 04 - 1963
Adresse :

Tél. : 06 77 85 74 61 Total des frais engagés : 326,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : El Othmane Djalil

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bonnefête 20 SEP. 2019

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

Le : 15/09/2019

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
13/09/13	Q3	XN	180,60	INP : 060916 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/2013	196,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

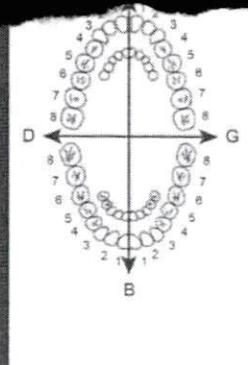
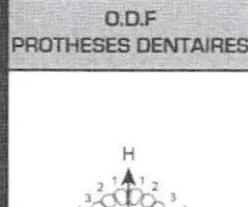
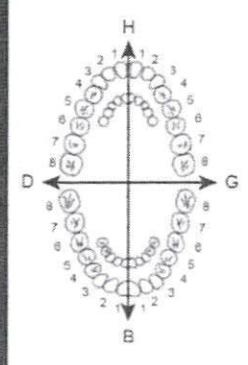
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
Coefficient des travaux	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

Docteur LEMBACHAR Nourddine

MÉDECINE GÉNÉRALE

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. : 38,80

196,30

Aquesten 1g

الدكتور لمبشر نور الدين

الطب العام

شهادة الكفاءة :

- طب النساء والتوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الآلام

Fait à Berrechid le : 13/09/2019

El ouataouï Radewz

PPV: 126,30 DH
LOT: 593980
PER: 01/20

21,00

REBREX

(S.V)

38,80

Nexol

(S.V)

10,50

Durect Reff

(S.V)

T. 196,60

PHARMED LOT : 4467
UT.AV : 03-2
PPV: 21DH00

الصراحتي
PHARMACE EL IRAKI
Dr. Youssef EL IRAKI
267, Rue Dakhlia-Berrechid
Tél. : 022 32.83.45