

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

aire :

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.

die 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

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 - 5ème 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

FACTURE LIBRE



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
N° P19-0049849

☒ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8918 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI TAYEB

Date de naissance : 02-12-1963

Adresse : 716, Boulevard de FES CASABLANCA

Tél. : 0661461934 Total des frais engagés : 4740 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....


Nom et prénom du malade :

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

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.



MUPRAS
02 OCT. 2019
ACCUEIL

Age:

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 : CASA Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : SKALLI Tayeb

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourasseur

Date

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Dentiste en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

07/10/2019

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Dentiste en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

07/10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

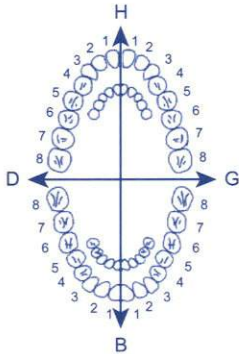
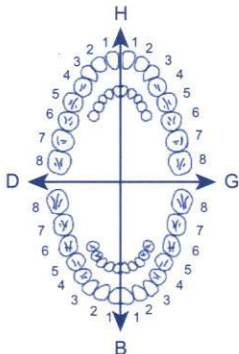
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|--|--|------------------|-------------|---|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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"/> | |
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie JARDINS POLO - Casablanca

DR RAJAA SEKKAT

0522527400

AVENUE ATLANTIDE N 102 BIS POLO, CASABLANCA



Facture N° 20191001-474

Date de vente : 01/10/2019

Médecin traitant :

MR SKALLI HOUSSEINI TAYEB

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|-----------------------------------|------|-------|-------------|-------|
| DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFFER | 3 | 15,80 | TVA (7.00%) | 47,40 |

PHARMACIE JARDINS POLO
Docteur en Pharmacie
Rajaa SEKKAT
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél: 05 22 52 74 00

| | |
|--------------|------------------|
| Total HT | 44,30 DHS |
| TVA | 3,10 DHS |
| Total | 47,40 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-sept DHS et quarante centimes

IF : 50790731 TP : 34990055 RC : 36

Tel : 0522527400

Adresse : AVENUE ATLANTIDE N 102 BIS POLO, CASABLANCA

