

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.

rmacie :

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.

éducation :

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 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

22586

Matricule : 8112 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARTOTRI Moulay

Date de naissance :

1954

Adresse :

Al fajur

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 308,100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age : 1954

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.

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 :

Le : 25/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	PHARMACIE GHOFRANE Dr. HRIOUA LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca	Date PHARMACIE GHOFRANE Dr. HRIOUA LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca	Montant de la Facture
--	--	--	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar (1) at the top and the second molar (2) at the bottom. The second molar (2) is also labeled with 'B' at the bottom right.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confide

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Odrlik 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH

6 118001 181933

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Odrlik 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH

6 118001 181933

Je soussigné: Dr SKIRENT Leila

Certifie que M^{le}, M^{me}, M: AZTOUATI Noura

Présente

une hypertension artérielle + symptôme

Nécessitant un traitement d'une durée de:

longue durée

Dont ci-joint l'ordonnance.

(A défaut noter le traitement prescrit) Odrlik 2mg 1cpj
Colchicine 1cpj

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76

13,40

LOT 190978
EXP 05/2021
PPV 13.40DH

صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRANE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك (س) حي القدس سيدى البرنوسي - أللهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France

PHARMACIE GHOFRANE

Dr. HRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca



السيدة أهريوة ليلى
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Casa, le

25/02/2020

FACTURE N° 005371

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
odinkay	4	69,90	279,60
colesterol	2	13,40	26,80
vitam	1		
PHARMACIE GHOFRANE Dr. HRIOUA LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca			306,40

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

Cachet