

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.

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.

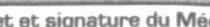
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 21366			
Matricule : 12341	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : YIAKOURBI Oumaima			
Date de naissance : 08/03/1984			
Adresse : 29 Rue Abou Oman El Hanté, 2 Mars, Casablanca			
Tél. : 0662839339	Total des frais engagés : 615,00 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 04/03/2020			
Nom et prénom du malade : YIAKOURBI Oumaima			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Durale héréditaire			
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 : **casablanca**

Signature de l'adhérent(e) : **couquer**

Le : **09/03/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exactitude des Actes
04/03/2020	h	3000		INPE 091045237 INP :   

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.03.2020	315,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
																		
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES																		
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>						H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	G		00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433562															
	D	00000000	00000000															
	G		00000000															
	B	35533411	11433553															
																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																	
INP : <input type="text"/>																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
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"/>																		



La Pharmacie de l'Artisanal
8 Rue des Goncourt,
75011 PARIS, FRANCE



CIN 3059850

Fabriqué dans l'atelier
d'Artisanal
Fabrication Française
Hautement Qualifiée

11
og
ar
ne
e

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
Lot : 9MA119
PER. 04/2022
P.P.V : 53DH10



6 118000 060633

PVC: 198.00 DH

120



63,90

Casablanca le 04/03/2020

Yass Laarbi Oui ~~Yass Laarbi Oui~~

GRAND PHARMACIE DE LISBONNE
18, Rue Abdesslam Khatib - Casablanca
Mme. TAFTI - Téle: 0522 83 02 75 - Téle/Fax: 0522 28 93 76
INPF. n°2000298

198,00

Nolilept 100 mg x 21/15

53,10

Relaxol 100 mg x 30/125 mg

63,90

Bio Jeud 100 mg x 21/15 - 8 Jan

315,00

Professeur M. KHISI
CHIRURGE ORTHOPÉDIQUE
CLINIQUE AL MIAJIDAH - Casablanca
Tél: 05 22 86 08 08 - 05 22 86 09 94 - E-mail: dockhissi@yahoo.fr

301, Centre Al Miarage Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1 étage N° 14 - Casablanca

Tél : 05 22 86 08 08 · Fax : 05 22 86 09 94 · E-mail : dockhissi@yahoo.fr