

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ntaire :

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.

ladie 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 actière 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0022071

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7172 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LACHANIAHAD Date de naissance : 25/03/58

Adresse : Sidi Othmane BLOUZY 83 44501

Tél. : 0661367742 Total des frais engagés : 152,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : JAMIL Aicha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ulcéruse au pochier R. ph.

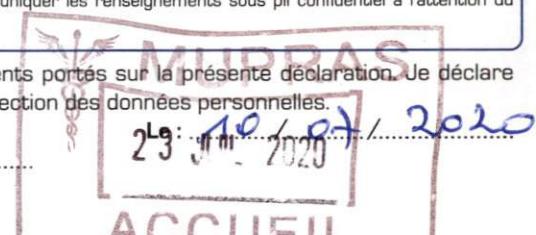
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
10/10/2020			400.000/- 520	Dr. LAHDIDI SALAH EDDINE TRAUMATOLOGIST CHP MY PRACTICE LSDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture


ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	2002/04/22		 118.50

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

no/07/20

Dr Jamil Achz.

1) orthèse de le chville off

3 semaines

1) Tpx 200
1m27

2) Alpin
140x35

DR JAMIL ACHZ
SALAH ABBAS
TRAUMATO-ORTHOPÉDISTE
CHP MY RACHID SIDI OTHMANE

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
DES ARRONDISSEMENTS MOULAY
RACHID - CASABLANCA



Service des urgences

N° de registre 2307 N°Hosp :

Date : 11/11/92 Heure :

Nom : Age :

Adresse : JAMIL AI CHA

Caisse des urgences

Service

Accident de travail

Accident : voie publique

Violence

Brûlure

Imprudence

Maladie

Adressé par T.S.V.P

ROYAUME DE MAROC

Ministère de la Santé

C.H.P. Moulay Rachid Sidi Othmane

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

Nº 154790

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
		105 1000
Total		40-

Cachet du
Service

Le

Signature du
Régisseur

ROYAUME DE MAROC

Ministère de la Santé

C.H.P. Moulay Rachid Sidi Othmane

La Somme de 1

Quittance

No 154791

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
Réception de P. 500	R	1135.61
Total	R	1135.61

Cachet du Service

Signature du Régisseur



100712020

CHILOQUILCA RACHID
A-10