

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.

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.

Education :

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.

Prothésiste :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0047981

ND+171

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 054111

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUMI ABDELHADI

Date de naissance : 1950

Adresse : résidence Nadia Fazelle A Appart N°18

CASABLANCA

Tél. : 0523751415

Total des frais engagés : 1107,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/20

Nom et prénom du malade : M' AGOUMI Abdelhadi

Age : 70

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HFA

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 :

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
21/2/2022	Ch	1	300.00	DR. SEGUIN BENJAMIN - Radiologue Amf 3 Rue N° 62257776 Tél. 05 27 73 15 03 / 05 22 57776

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-7-22	807.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

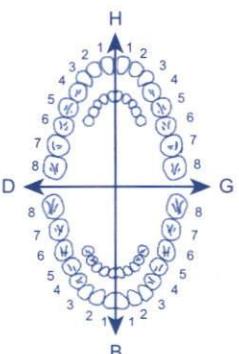
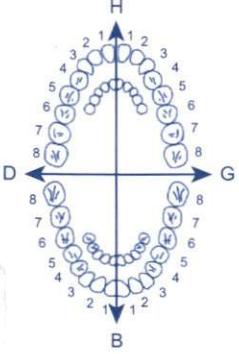
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
DATE DU DEVIS				Date du Devis
DATE DE L'EXECUTION				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CARDIOLOGUE

Diplôme de la Faculté de Medecine de Lille (FRANCE)

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux Français

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Holter Rythmique et Tensionnel

Epreuve d'effort



طبيب اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
يختص في القلب والشرايين بالصدىري والدوبلر بالأذن والرئتين

فمختص القلب والشرايين بالصدر ، والدوبлер بالالوان

تخطيط القلب لثناء المجهود

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب اختصاصي بمستشفيات فرنسا سابقا

الدار البيضاء في : 21 Juillet 2020 Casablanca le :

130 / 90

Mr AGOUMI ABDELHADI

COVERAM 10 - 5 MG

1 comprimé le matin avant le petit déjeuner pendant 3 mois

269.00
N3

× 3

PHILIPPINE LIBRARY FOR ALL
SERTIK, BAGUIO, CAGAYAN DE ORO,
6, BAGUIO, 2600, PHILIPPINES
Telephone: 02-26.31.68

الطب العام والطب المختلط المغربي
Dr. SEFIC JI BENGAIT TAB Rachid
CARDIOLOGIE
Amal 3 Rue N° 6 Sidi Benmoussa Casablanca
Tel: 05 22 73 15 00 / 05 22 76 77 76

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملاوديبين

10 5

30 حبة

 SERVIER

269,00

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملاوديبين

10 5

30 حبة

 SERVIER

269,00

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملاوديبين

10 5

30 حبة

 SERVIER

269,00