

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-585112

ND. 48980

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6220 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENAINO HAJDA

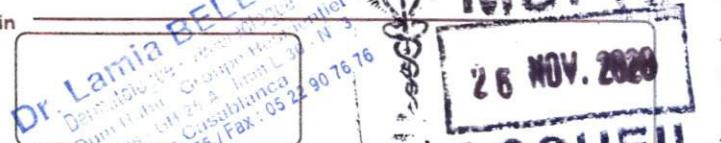
Date de naissance : 12/12/62

Adresse : 9 RIS ABIR EL OUAFA OULFA CASA

Tél. : 0661325795 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : Belouj Lamia Age : 23 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Desmalage

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : CASA Le : 26 NOV. 2022

Signature de l'adhérent(e) : CY.

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
11/10/2015	Actes	15	3000	INP : 091018315 Dr. Lamia BELLALI Dermatologue, Venerologie, et Dentist

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel : 05 22 90 13 75 / Fax : 05 22 90 13 75 Montant de la Facture
	11/11/2022	53.5,15 INDE 1920130940

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Spécialiste des maladies et chirurgie de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu et des maladies sexuellement transmissibles
Cosmétologie - Allergologie - Laser
Traitement du vieillissement cutané



جراحة الجلد، التناسلية والحساسية

1-87-2003
113 017 3
1970

2000



DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Casablanca le : 11/12/2000

The Bellakhan Reisen

216,15

1) Xemose huile lavante
pour lavage. 500 ml
Prix 299,00

2) Lipitor Urea 5%
400 ml

3) 20° Perideum $\times 2.18$ Brast +
Jacks crue - 1886

belloul@hotmail.com

05 22 90 75 75

05 22 90 76 76

Si Oued Oum Errabia - Imm. L 30 1er étage - lotiss. Al Firdaouss, Oulfa - Casablanca