

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.

N° W19-469748

53936 (DERMATO) A
Optique

Royal AIR Maroc

Retraite-

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellah HAFIDI

19/02/1956

Date de naissance :

Adresse : 39 LOT AIN DIBAB II ANFA
CAGNOBLA ASTA

Tél. : 0661194676 Total des frais engagés : 300 + 979,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.12.2020

Nom et prénom du malade : HAFIDI, MARA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

Dermatose

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 plconfidential à l'attédeclin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 21.12.2020

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
21.12.20	CA		300,00	INP : 081121711411 Dr. ZEROUALI, O. Dermatologue 12, Avenue Inwi - El Fage Casablanca - Maroc Tél : 05 38 03 02 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMA Dr. KHARBOUCH Chamaïka 92, Rue El Karissa Sidi Nouâf - Eljadid Tél : 032	21/12/2020	973,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

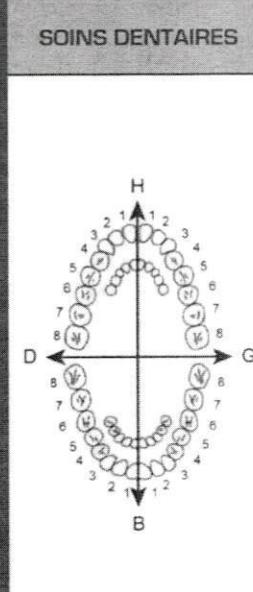
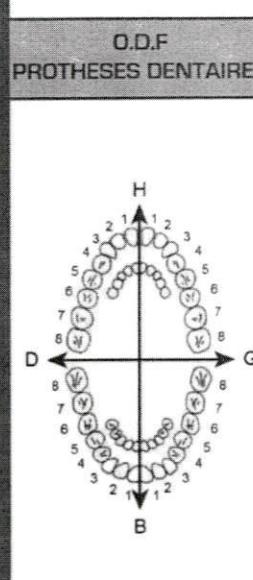
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<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"/>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>															
	<table border="1" data-bbox="1595 906 1841 1067"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		00000000	G		35533411	B		11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	B		00000000																
	G		35533411																
	B		11433553																
	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"/>																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

Dermatologue

- Maladies de la peau, des ongles, et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmetologie, Lasers



الدكتورة عايدة زروالي وارشي

اختصاصية في الأمراض الجلدية

أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض التناسلية

طب التجميل والليزر

Casablanca le 21.12.2023

7me Naïma Hafidi

504,00

1- Capiderma S. lotion subchute

12 pulvessah

1c soin x 03 ml

PHARMACIE SIDI KHARBOUCHE
Dr. Kharbouch
92, Rue El Adarissa
Sidi Moudine El Jadida
Tél: 05 22 78 36 59 - Casablanca

2- Periphane stip energisant

1 à 2 utilisations | demain

à usage

Periphane S. nutri-réparateur

929,59 sur les longueurs

05 22 25 23 98 (عمارة "D") الطابق الأول زاوية بئر انزان - زنقة قائد الاشطر - الهاتف :

Résidence Ribh «D» (Immeuble Inwi) 1er Etage - Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar - Tél.: 05 22 25 23 98

E-mail : aidazerouali@gmail.com البريد الإلكتروني :