

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.



Declaration de Maladie

N° W19-576105

55543

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 5855		Société : Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUKAILI M ³ AZZEDINE			
Date de naissance : 16.07.1953			
Adresse : 23 Rue Acacias, Quartier Bourg, Marrakech			
Tél. : 06 61 60 70 66		Total des frais engagés : 300 + 703 = 903	

Cadre réservé au Médecin	
Docteur Leila MEJDI PNEUMOPHTSIOLOGUE Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir et Auvergne 1er Etage N° 1 ^e , Casablanca Tél. : 05 22 25 64 70	
Date de consultation :	07.01.2021
Nom et prénom du malade :	Dr CHOUKAILI AZZEDINE
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Rhinopharyngite et bronchite dyspepsante
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'at ^o me déclin 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
07-01-2021	C2		AF 300,00	INP : 091111997 Docteur Lamine NEDJALI PNEUMOLOGIE CHIRURGIE Résidence Zemzem Casablanca Télé : 05 27 56 64 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BAUDOUIN & MARCHAND	07-01-2021	703,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

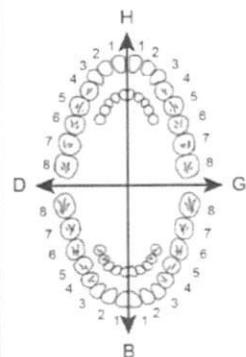
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

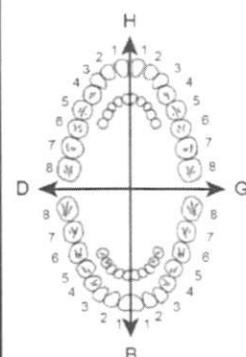
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	11433553	

[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

de l'Université «Caen» France

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale - Asthme

Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH

Distribué par MSD Maroc



الدكتورة ليلى مجدي

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خرج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الضيق - المساعدة

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

Casablanca le:

2021



7h, 60

7h, 60

1) Seretrol 250 suspen (1 flacon pour 03 mois)

136,20 DH per flacon

2) Nasonez spray (1 flacon pour 03 mois)

199,00 DH per flacon

3) Seretrol 250 suspen (1 flacon pour 03 mois)

136,20 DH per flacon

4) Ventolin spray (1 flacon pour 03 mois)

2 flacons si besoin

Dr Leila MEJDI
CLINIQUE VITILOGUE
Zarafa 11, Avenue Mounir
1er étage, Casablanca
et Rue d'Auvergne
644223
ID: 644223
6 118001 141098



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

age - Ap. N° 1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70 - Casablanca