

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hayat
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519092

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 23489

Matricule : 9775 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MAJBAR Mohamed

Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed

Date de naissance : 04/02/69

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 22 FEB 2020
Emergency Department
Arab Medical Center

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ARTI

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 : Amman Le : 22/02/20

Signature de l'adhérent(e) : _____



المركز العربي الطبي
ARAB MEDICAL CENTER

MR 440809

Pt. Name محمد أحمد محمد مجبر ع

Pt. Name MOUHAMAD AHMAD MOUHAMAD MEJBE

Age 51 Y Gender M Cov. نقى

Clinic Emergency Room

Physician RESIDENT DOCTORS

Visit Date 22-02-2020 10:42 ص



Prescription-Out Patient

Name : _____

Age : _____

Gender : ☒ Male ☐ Female

Diagnosis : _____

RX

- Klacid XL X1

- prospan syno X3

- advit fald R sinus X

- vitor Nasomid N2S X2

Physician's Name : _____

Date : 22/2/2020

Physician's Signature : _____

جبل عمان - الدوار الخامس - هاتف: ٥٩٢١١٩٩ - فاكسميلي: ٥٩٢١٢٨٢ - ص ب ٣١٢٨ عمان ١١١٨١ الأردن
Jabal Amman - Fifth Circle Tel. 5921199 Fax: 5921282 - P.O.Box 3128 Amman 11181 Jordan



تفاصيل فاتورة نقدية - أقسام خارجية

م الفاتورة : 2020031403 / 2020	تاريخ الفاتورة : 22-02-2020 11:09			
م المريض : 440809	اسم المريض : محمد احمد محمد مجبر			
يخ الزيارة : 22-02-2020 10:42	رقم الزيارة : 1			
سم : الطوارئ	نوع التعامل : نقدي			
وصف البند	الطبيب	الكمية	المبلغ	الصافي
4 الاشعة			10.000	10.000
XR0016	CHEST ONE VIEW	1	10.000	10.000
6 المستلزمات الطبية			1.794	1.794
DQTA018	/ DISPOSABLE PROBE COVER .WELCH ALLYN	1 EACH	0.523	0.523
DKDA010	DEPRESSOR TONGUE WOODEN	1 EACH	0.085	0.085
CZGE0500	GLOVE LATEX DISP SMALL	2 EACH	0.362	0.362
DKZD012	SPECULA OTOSCOPE 4MM	1 EACH	0.824	0.824
8 الاجراءات الطبية			0.345	0.345
PERR0451	DISINFECTION EXAM BED	1	0.345	0.345
11 وصفة الخروج			21.000	21.000
MMDC201	Klacid XL 500mg 7tab 500 mg Tablet 500 mg Tablet	1 BOX	10.560	10.560
MMDP309	Prospan Syrup شراب	1 BOTTLE	2.780	2.780
MMDA096	.Advil Colds&Sinus 200 mg Tab mg حبة 200	1 PACKET	2.460	2.460
MMDN068	Nasonex .05 % Nasal Spray بخاخ للأنف .05 % بخاخ للأنف	1 BOTTLE	5.200	5.200
19 اطباء مستشفى			15.000	15.000
FEES90	كشفية طوارئ طبيب مقيم	1	15.000	15.000
المجموع : 48.139				
الخصم التعاقدى : 0.000				
الإستحقاق : 48.139				
م البنود اعلاه شاملة الضريبة				
م السجل الضريبي 153884				





تفاصيل فاتورة نقدية - أقسام خارجية

وصف البند	المبلغ	الصافي
أمين الصندوق		
بدر عصام عبد ربه		