

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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

e.A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12441

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jibra Kassam

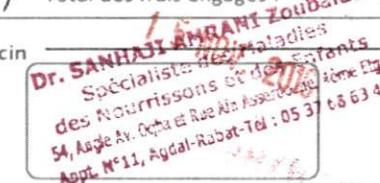
Date de naissance : 28/10/84

Adresse :

Tél. : 0668927164 Total des frais engagés : 609,17 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/10/2019

Nom et prénom du malade : Jibra Line Age : 20

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Jaujwile

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) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

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
21/01/19	CC	1	10000	INP : Dr. SANHAT AMAR 1001000-57 Spécialiste des Maladies des Nourrissons et des Enfants 1000 Av. Oqab id Rue 25 Aïa Asberdoua 4ème Etg. Casablanca-Rabat-TD : 05 37 63 63 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WARUDI Avenue BI KACEM - SARTIS Rabat, Tel : 06 74 75 99 77	28/10/19	509,70

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXÉCUTION []														
				FIN D'EXÉCUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXÉCUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tribar Line

Rabat le 28-10-2019

58,40

1) Salpury 200mg
1cp et deux le matin

74,00

2) AF faid = p 25
1 dose 174 p 3 fois par jour

21,80

3) Baby alex
210 3 fois par jour au petit déjeuner

2x45,30

4) ventoline aerosol 100ml

12,80

5) Portofrance 300
une fois toutes les 6h

509,70



DR. SANHAJI AMRANI Zoubaïda
Spécialiste en Maladies
des Nouveaux-nés et des Enfants
Sous la direction de Dr. M. Zoubaïda
Maison de Soins et de Recouvrement, Avenue Bir Kacem - Souissi
Appel 0537 686 347, Agdal Rabat - Tel : 05 37 65 63 47

PHARMACIE WARDÀ
Avenue Bir Kacem - Souissi
Rabat - Tél : 05 37 65 99 77
INPE : 102057205

GlaesSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat


1800111 141258
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

74,00

21,80

58,40

ER 2/21

Solupred® 20mg