

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 | : 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° W19-416442

N° = 21890

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7924	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUAMAR Med
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661968722 Total des frais engagés : 19 FEV 2020 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	Rabat 12/12/2013
Nom et prénom du malade :	BOUAMAR DR
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	HTA
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme 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 : Casab 05/02/2019 Le : 21/12/2019
Signature de l'adhérent(e) : J. M. BOUAMAR

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
12/12/13	consultation			INP : 87045335
				<i>M. MOHAMED EL AMAR CENTRE CARDIOLOGIQUE</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie D'AMIA Mme BEN MAR Nadia Lot. 1012 Rue 13 et 4 - ASABLANCA 022 90 08 81	12/12/13	944.30 # Neuf cent quarante trois Dinars et 30 centimes

ANALYSES - RADIographies

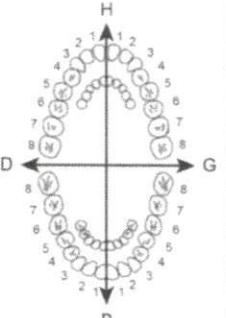
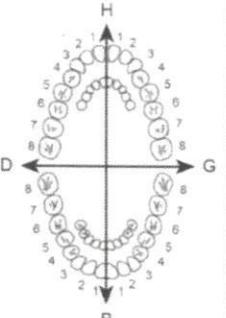
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

		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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
		H 25533412 21433562 00000000 00000000
		D 00000000 00000000 35533411 11433553
		G B
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

valable 3 mois

Le 12/12/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Bouziane Mohamed

Présente

HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Toneg 80 mg/j - Neflifet 5 mg 1/2/j
aspirine 100 mg/j

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr Said Ejjemane
Al Mohamed Cardiologue
Centre Marocain de Rabat Maroc
Tél : 05 32 75 75 14

Cardiologue adulte et pédiatrique, diplômé d'échodoppler cardiovasculaire de l'université Paris VI

Ordonnance

PATIENT : Mr Bouamar Mohamed

DATE : 12/12/2019

Traitements : (3 mois)

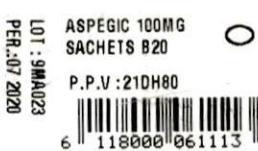
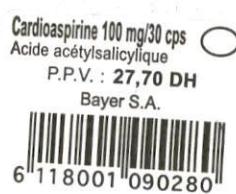
$131.50 \times 4 = 526.00$
➤ Tareg 80mg : 1 cp/j



$162.60 \times 2 = 325.20$
➤ Nebilet 5mg : 1/2 cp/j



$27.70 \times 1 = 27.70$
➤ Cardioaspirine 100mg : 1cp/j



Dr Said EJJENNANE

<i>Pharmacie</i>	<i>S&MIA</i>		
<i>Mme BENZU</i>			
<i>Lor. Oulta Gruppe</i>	<i>UAMAR Nidia</i>		
<i>Rue L'Etat 4</i>	<i>VN Caglo</i>		
Télé	CDSABLANCE		
029	90.08-41		
		62.60	
		2.00	
		3.00	
		65.40	
		27.70	
		21.80	
		+	
004			
		944.30	
		+	

944.30 S