

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0032048

NO: 35999

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.

Prothésaire :

- 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Rehale 2136 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHEWTOUF ABDELHAIC

Date de naissance : 1955

Adresse : TANGER

Tél. : 06 6628 9554 Total des frais engagés : 1507 70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : CHEWTOUF OUMAIMA Age : Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ame

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 : TANGER Le : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com
 Mise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-032048

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2136

Nom de l'adhérent(e) : CHEWTOUF

Total des frais engagés : 1507.70

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
16.06.20			25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/20	1257,70
INP 162 003 636		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

8105E

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																										
				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																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H		G																									
		25533412	21433552																										
		00000000	00000000																										
		00000000	00000000																										
35533411		11433553																											
B																													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

CABINET DE DERMATOLOGIE

DR HAFSAE BOUNNIYT

Traitement Médical et Chirurgical des maladies
de la Peau, Ongle, Cheveux
et des Maladies sexuellement transmissibles.

Dermoscopie

Dermatologie Pédiatrique

Dermatologie Esthétique et Lasers



عيادة الأمراض الجلدية

د. حفصاء بونيت

علاج وجراحة أمراض الجلد، الشعر والأظافر

علاج الأمراض المنقولة جنسيا

التشخيص بالمجهر الجلدي

علاج الأمراض الجلدية عند الأطفال

طب التجميل والليزر

Ordonnance

Tanger Le : 16/6/2020

245.60 Nom : Demuano cheu fay :

1L Normo  Gel melt gout

146.60  matin - soir 

2/ - epiduo  Gel

me opp / soir 

صيدلية الأنجلوس
PHARMACIE AL ANDJLOUS
Dr. Benjelloun Foufke
118, BOULEVARD MOHAMED S
TÉL: 05 39 94 69 10
TANGER

le usage  الليل (3 mois)

157.00 

3/ - PhysAC Hydro crème 

الاستار 1x / 16 le usage (3 mois)

13, Tanger Office Building Center, Rue Fès, 2^{ème} étage, Tanger

13، عمارة مكاتب طنجة، شارع فاس، الطابق 2، طنجة

05 39 32 57 66

cabinet.dr.bounniyt@gmail.com

3/- Istoy 100 mg.

$\frac{22,00 \times 9}{198,00}$

اللبن

1 cp/soir

(3 mois)



4/- Forcix spray

315,50

اللبن

1 x/soir sur le dos



5/- Sebiaclear 2600



195,00

87500

1257,70

الصيدلية الأندلسية
Dr. Hafsae Bounniyt
Pharmatologue
Tanger

صيدلية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
D. Benzelloul Taoufik
B. BOULEVARD MOHAMED 5
TEL: 05 39 94 69 10
TANGER

BATCH / LOT: 19F160
EXP / CAD: 06/2022

PPV: 22.00

PPV: 22.00

PPV: 22.00

LOT:

PER:

EPIDUO GEL
Tube de 30 g
PPV: 146,60 DH
AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N°1,27182-Bouskoura



PPV: 22.00

LOT:

PER:

PPV: 22.00

LOT:

PER:

PPV: 22.00

LOT:

PER:

PPV:

LOT:

PER:

PPV: 22.00

LOT:

PER:

22.00

PPV:

LOT:

PER:

22.00