

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-518044

1H

AMPL

ND: 39664



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAA DANE

YOUSSEF

Date de naissance : 23/12/1988

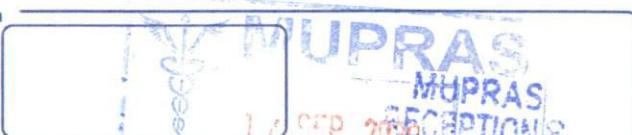
Adresse :

Tél. : 0661833085

Total des frais engagés : 1114,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2020

Nom et prénom du malade : 01AB

Age :

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie : Cervical

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

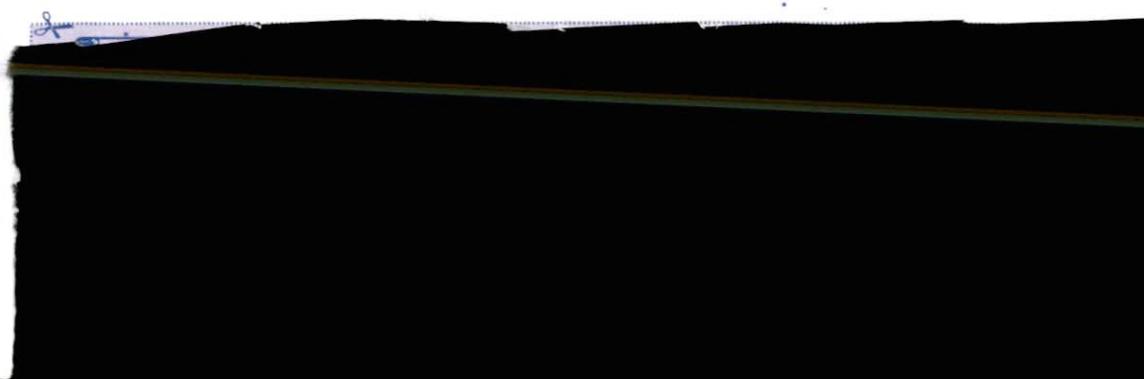
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/11/20	S		300014	INR :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/2020	8140

ANALYSES - RADIGRAPHIES

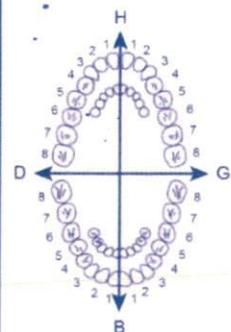
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

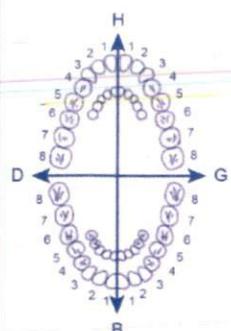
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, renfort, 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'EXECUTION

Professeur Abdelilah EL MADANI

Professeur agrégé au CHU, Avicenne de Rabat

- Spécialiste des Maladies des Enfants des Nourrissons et des Nouveau - Nés
- Consultation de Neuro-pédiatrie
- EEG - EMG
- EEG Vidéo



الأستاذ عبد الله المداني
أستاذ بكلية الطب والصيدلة بباريس

- اختصاصي في أمراض الأطفال
- والرضع وحديثي الولادة
- الأمراض العصبية منذ الطفولة
- التخطيط الكهربائي للدماغ

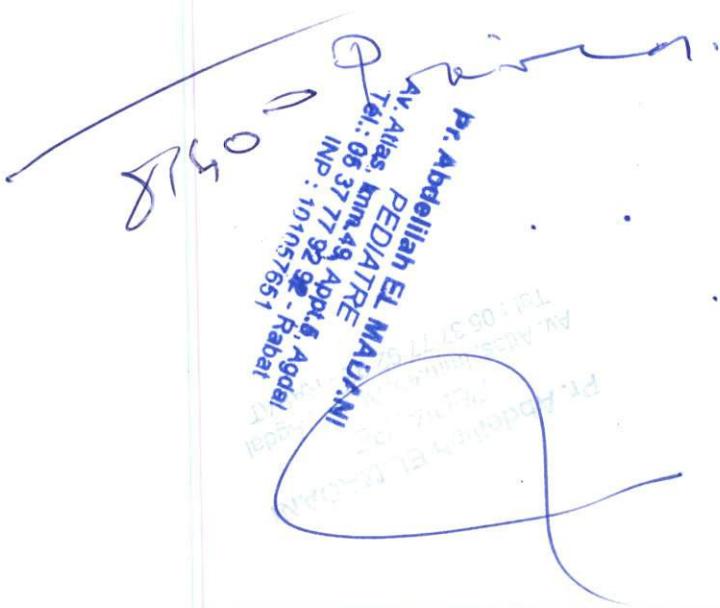
الرباط، في:

9/6/2022

سمسم

جوار

8/6/2022



PHARMACIE
Benhssain L'AVENIR
Docteur EPOUSE KABLI
23, M3, AV. EL Moudjahid, Rabat
Tél.: 05 37 79 88 71, CYM-acie
37 79 88 71, Rabat

49, Avenue Atlas, 2^{ème} étage - Agdal - Rabat

شارع الأطلس، الطابق الثاني - أكدال - الرباط

+212 (0)5 37 77 92 92 +212 (0)6 61 19 36 25 madaniabdel@yahoo.fr pr.elmadani

Code INP : 101057651

Royaume-Uni
Kent CT13 9NJ
Sandwich
Ramsgate Road
Pfizer Limited

Prevenar 13
®

PAA
119



PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V : 814DH00



6118001171057

Laboratoires
Pfizer
S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

