

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-557645

40737

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01690

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI

JAMIL EDDINE

Date de naissance :

07.08.1944

Adresse :

Routeur 8 Résidence Joulleau Imm 3^e
App 3 Ave Allal Ben Abdellah - Rabat

Tél. :

0664121144

Total des frais engagés :

49,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Minéoufi JAMIL EDDINE Age: 76 Ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

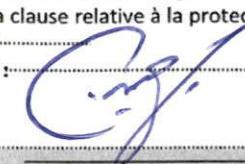
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-557645

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 : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMIL EDDINE

Total des frais engagés : 49,30 Dhs

Date de dépôt : 01/07/2020

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
.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/2018	107100 49,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

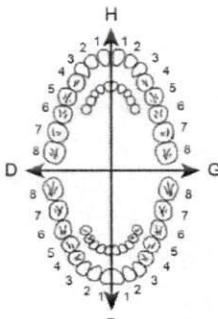
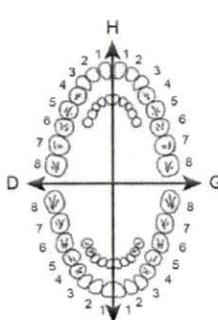
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT
RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

Tel : 037 710627

N° ICE 000740258000078

Fax 037 565748

MR MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

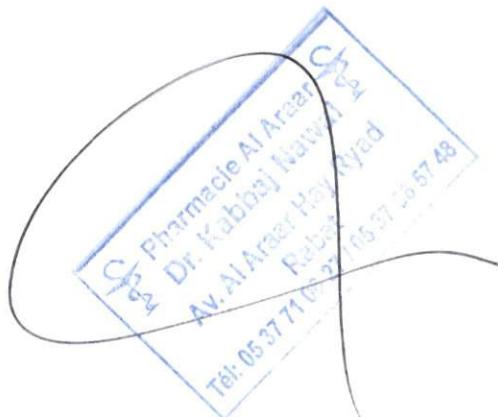
Le : 01/07/2020

FACTURE N°: 4199/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE GELULES /16	15,30	7	15,30
1	LIPOSIC GEL OPHTA	34,00	7	34,00
TVA 7%:		3.23	Total :	
				49,30

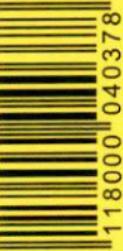
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS



دوال باراسيطامول 500 ملغم

Doliprane® 500 mg ○
 PARACETAMOL
 16 GELULES



6 118000 040378



b
 مسحوق الكلوريد الأحادي - غير اللاتيغ - الماء النقي
 مسحوق - مهدرج - مهدرج

COMPOSITION

Paracetamol

Excipients dont joute orange S

INDICATIONS

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre telles que mal de tête, éternutri, douleurs grippales, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

Doliprane®
500 mg
 PARACETAMOL



bottu s.s.
 S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 150 H 30
 PER 02/22
 LOT 1536



Voie orale
 16 GELULES

liposic®

Gel ophtalmique
Carbomère 980

COMPOSITION:

Carbomère 980 : 200 mg.
Excipients : (cétrimide, sorbitol, triglycérides à chaîne
moyenne, hydroxyde de sodium, eau purifiée) q.s.p. 100g.
Tube de 10 g.

المكونات: كاربومير 980: 200 مع. السواغات هي: (سيتريميدين،
سوربيتول، جليسيريدات الثلاثية متواسطة السلسلة سوديوم
هيدروكسيد، ماء مطهر) ل.ك.ل 100 غ. أنبوب سعة 10 غ.

ليك

هلامة للعين
كاربومير 980

LIPOSIC

Gel ophtamique 10 g

ZENITH PHARMA

PPV: 34,00 DH

ADSP n° 220 DMP/21/NNP

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

Médicament autorisé : N° 359 310-1
D.E Algérie n° 096/17N133/08
AMM Tunisie n° 5283171

دواء مرخص رقم 359 310-1
م.ت الجزائر رقم 096/17N133/08
تونس رقم 5283171 AMM



* 3 5 9 3 1 0 1 *