

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.

N° W19-479367

54255

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7052*

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *CHAKIL MOUAFI YOUSSEF*

Date de naissance : *29/10/1961*

Adresse : *Amman Jordanie*

Tél. : *+962 777 22210*

Total des frais engagés : *188,28 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lieu de parenté : Lui-même Conjoint

Age :

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 : *05/04/2011* Le : *05/04/2011*

Signature de l'adhérent(e) : *CHAKIL MOUAFI YOUSSEF*

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 :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
مكتب الصبحة	19/7/2020	61,28 ج.د.
- قرب مدارس القمة - الله - هناء رقم ٢ ٧٨٥٦٦٦٦	17/08/2020	62,48 ج.د
	٧/٩/٢٠٢٠	64,52 ج.د

ANALYSES - RADIographies

AUXIHAIBES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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"/>
				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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H $\begin{array}{r} 25533412 \\ \hline 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$ G $\begin{array}{r} 21433552 \\ \hline 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$ B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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 L'EXECUTION

Health Triangle Pharmacy

Dr. Rafiq Qanaze
Amman - Dair Gbar

Tel.: 078566660



صيدلية مثلث الصحة

الدكتور : رفيق قناع

عمان - دير غبار - قرب مدارس القمة

شارع يوسف حرز الله - بناية رقم ٢

هاتف : ٠٧٨٥٦٦٦٦٠

وقت ٩٨٣

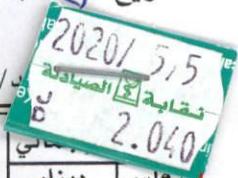
فاتورة

نقدي / ذمم

التاريخ : ٢٠٢١/٦/٥

مجمع اطارات من

: السادة



السعر الإفرادي	العدد	البيان	جنيه	دينار
فلس دينار			فلس	دينار
٢٠٤	(١)	Aspirin tab.	٢٠٤	٢٠٤
١٥٨٤	(١)	Crestor ٢٠ tab	١٥٨٤	١٥٨٤
٤٧٠	(١)	B-Car ٥mg tab	٤٧٠	٤٧٠
٨٥٩	(١)	Vastarel MR tab	٨٥٩	٨٥٩



VASTAREL
Dichlorhydrate de tri
Trimetazidine dihydrochloride
Diclorhidrato de trimetazidina

04/2020
نقاية الصيادلة
8.590

CRESTOR
rosuvastatin

نقاية الصيادلة
3 tablets
15.840
20 mg

المجموع دايروكستور ديار فوجي ٣١ ١٧

اقلل من الماء

توقيع المستلم

فاتورة

17612

التاريخ: ٢٠٢٢ / ٨ / ٢٣ نقداً / ذمم

المحترم

المطلوب من السيد / السادة :

العدد	البيان	السعر الإجمالي فلس دينار
١	Halvus met 50185	٤٤٩٠
١	Vastril	٨٥٩
١	crestor ٢٠	١٥٨٣
١	B-car C	٣٧



٣٥١٩٩١٤
١١/١٩
١١/٢٢
٢١/٢٠٢٠
٤٠٧٠٠

توقيع المستلم :

صيدلية مثلث

oral use

٠٨/٠٨/٢٠٢٠

نقابة الصيادلة

33.350

Galvus Met®

Vildagliptin/Metformin HCl

50 mg/850 mg



Dichlorhydrate de trimétazidine
Trimetazidine dihydrochloride
Diclorhidrato de tri-

٩٥.٢٠٢٠

8.590

tablets

التاريخ : ٩ / ٧

المطلوب من السيد/السادة:

السعر الإفرادي	العدد	البيان	السعر الإجمالي
دينار			دينار
فلس			فلس
	٢	Galvus met 50/850 mg	٣٣.٣٥
	٢	Vastarel MR	٨.٥٩
	٢	Crestor 20mg	١٥.٨٤
	٢	B cor 5 mg	٤.٧٠
	٢	Aspirin tab	٢.٥٤



٤/٠٦/٢٠٢٠

نقابة الصيادلة

15.840 mg

28 tablets

٦٤.٥٧



المجموع

توقيع المستلم

Galvus Met®

Vildagliptin/Metformin HCl

04.8.20

نقابة
الصيادلة
د. 33.350

50 mg/850 mg

60 film-coated tablets