

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADNANE M'HAMED

Date de naissance :

01/01/1959

Adresse :

14 Bd 72 résistance BERRECHID

Tél. : 06 68 44 87 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/01/2018

Nom et prénom du malade :

ADNANE M'HAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Combolgie

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 : 05/11/2018 Le : 05/11/2018

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 signatures du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/10/23	SOI	1	150,00	
				
				
				

TRUE FALSE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CIPRA 183, 052, 062, 0183, 092, 0183, 092, Nouvelles Formes	20/10/23	194,00

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ANSWER

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. JADDAOUI Med Amine

Diplômé de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca
Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP



الدكتور جداداوي محسن أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

أقام المذكى الاستشفائي ابن رشد
ف للفوسفاط

Berrechid, le :

20/10/23



6 118001 040131
MOBIC 15mg / 1,5ml
(Meloxicam)

Boîte de 3 ampoules injectables

BOTTU S.A.

PPV: 37 DH 00

ADDAOUYE

MHAMED

1) Robic 15mg int
37,00 + (2,60x3) 10mg IAI/5 dut

59,30

2) Brexim 20mg
59,30 0 - 1 - 0 dut 10g

LOT 220834
EXP 11/2024
PPV 42.00DH

PHARMACIE CHAOUIA
Dr. JADDAOUI
Berrechid

4747,90

DR JADDAOUI MED AMINE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
88 RUE EL MADINA BERRECHID
TEL : 0522 32 44 88
INPE : 061181910

BERRECHID
Pharmacie
182, Av. Moulay Ismaïl
Berrechid - Tel: 0522
INPE: 062018371

23017
PLR: 03/2028
PPV: 42.00 DH

47,90

T: 194,00

88, Rue Elmadina - Berrechid - برشيد
Tél: 05 22 32 44 88 - Gsm: 06 75 37 93 62