

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.

N° W19-447620

END

N°: 35382

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12811	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Kouelia Mokhtar
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 62 76 52 24 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
  29 JUIL 2020	
Date de consultation : 30/06/2020	
Nom et prénom du malade : Ghosseas Noor Age : 3 mois	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Vaccin	
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.	

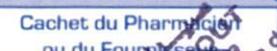
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

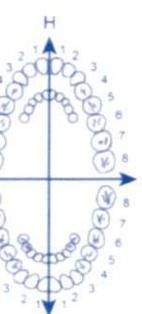
Le : 30/06/2020

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
30/6/2020	CS		300 D.t	INP : 1000116171000 Dr. Sihame Ben Ali Boughamou, Bled Riad, Rabat 17, Rue Riad 53352 Tél: 0537533521

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/20	65,50

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

RELEVE DES FAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitees <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
		INP : <input type="checkbox"/>																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" 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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique, necessaire a la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																

Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



الدكتورة سهام ميكو

اختصاصية في طب الأطفال

العيادة الطبية النخيل

Cabinet Médical Annakhil

Rabat, le 30/6/2020
الرباط، في

Guessous Noor

B C G

Vaccin

65,50

مختبر ياقوت
PHARMACIE YACOUT
Dr. KABBAJ Sane
25, Complexe Yacout, Route de
Mehdia, Hay Chegrou - Salé
Tél.: 05 37 97 87 17

Dr. Siham MIKOU
Pédiatre
Rue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat
Tél.: 05 37 56 35 24

4، زنقة البرغموت، بلوك ن، قطاع 17، حي الرياض - الرباط

4, rue Al barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat

Email : mikousiham1@yahoo.fr - Tél. : +(212) 537 56 35 24 / +(212) 537 57 15 95

SII

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)



NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT : 0379G019

070954017

EXP. : JUL.2021

FEB.2023