

## 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° W19-447624

ND: 35385

END

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815

Société : RAI

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj

Date de naissance : 06/12/1989

Adresse : Siège Royal Air

Tél. : 0662765224

Total des frais engagés :

496,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2020

Nom et prénom du malade : Guessous Noor

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Vaccin

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/07/2020

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
26/11/2020	CS	1	300 DH	INP : 1071116000 Dr. Siham M. Pédiatre Boumout - Bouskoura 06 67 35 35 24

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. J. YAC</i> <i>Yacine Sanaa</i> <i>Cherifou - Roua - Sata</i> <i>1987-88</i>	24/12/88	514,50

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>			
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>			
		<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B G		
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>					

Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



الدكتورة سهام ميكو

اختصاصية في طب الأطفال

العيادة الطبية النخيل  
Cabinet Médical Annakhil

Rabat, le 24/07/2020

الرباط، في

GUESSOUS NOOR

496,00 Synflorix

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 496,00 DH  
ID : 64446R2  
Barcode: 6 118001 142392

Camilia  
ampoules

3+ 1/2 Si

Soufre

18,50 Chamo m: 1/2  
5 granules

9 CH

Phytolacca

4x 1/2

5 granules

9 CH

4x 1/2

514,50

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

Dr. Siham MIKOU  
Pédiatre  
4, Rue Al Barghamout, Bloc N  
Secteur 17, Hay Riad - Rabat  
Tél.: 05 37 56 35 24  
Dr. KABBAJ Yacoub Rami  
Complexe Yacoub Rami  
Mehdia T  
Dr. KABBAJ Yacoub Rami  
Complexe Yacoub Rami  
Mehdia T  
Dr. KABBAJ Yacoub Rami  
Complexe Yacoub Rami  
Mehdia T

4، زنقة البرغمونت، 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