

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.

Education :

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.

aire :

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

clamation : contact@mupras.com
e en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0036896

MUPRAS

Optique Dentaire Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10094

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELKOURT KHADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 32 45 30 93 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak AHIZOUNE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
Spécialiste en Médecine du Travail
214, Lot Al Wahda 2 - Deroua

Date de consultation : 23/07/2020

Nom et prénom du malade : ELKOURT KHADIJA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CF - Aulème - Polycarthrose -

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 : D.R.V.A

Le : 02/10/2020

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 Recouvrement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/07/2020 | C | | 120.00 |  MEDECIN GENERALISTE 214, Lot Al Manta 2 - Béjaia |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|--|
|  PHARMACIE CHADILI N° 21011 El Wana - Béjaia Télé: 0522 53 28 58 | 23/07/20 |  3112 10 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

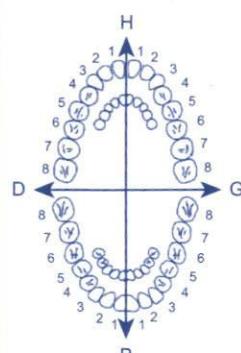
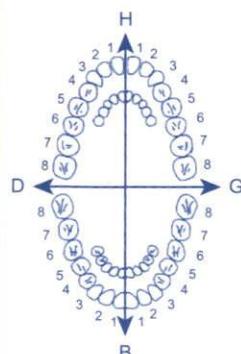
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|  | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | ODF PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | |
| |  | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT | | | | | | | | | | | | |

HEPAFLOR®

Active la flore et l'équilibre le transit intestinal



e 69,80 DH

fin: 08/2021
V042A

69.00

ID : 630417 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH

6 118001 141548

Le 23.07.2020.

EL KOURT KHATJA

ORDONNANCE

ID : 644654 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH

6 118001 141548

ID : 644654 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH

6 118001 141548

69.80

1. Hepaflor SV
2g/2t

lundi

45.00 X 3

2. Zerراس ST
1ep x 2t 3m 1m x 20 jours

49.00

3. Mefal 11 mg. SV
sep 9

après le déjeuner

58.30

4. Megasfon 160 mg
1ep x 2t SV

Megasfon 160 mg
Boîte de 20 comprimés

6 118000 094937

Ferflose
une dose 1g x 20y
lundi
jeudi

DR. ABDELLAH GENEALISTE
Spécialiste en Médecine de Travail
24, Avenue Hassan II, Rabat
Téléphone: 052 22 33 111
Dr. DAB



79.00

