

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 | adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W19-447622

42214



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12815 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Kamelia Kattaj

Date de naissance : 06/12/1989

Adresse : Siège 6^e Angle, Royal Air Maroc

Tél. : 0662761224 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/2020

Nom et prénom du malade : Guessoum Nour Age : 5 mois

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Vaccination

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 : Robat

Signature de l'adhérent(e) : KK

Le : 26/08/2020

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
26/08/2020	SS	1	300 DH	INP : 1001167006 Signature : Dr. Boubacar Sall Date : 25/08/2020 Réf : 351 Réf : 351 Réf : 351

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Dr. H. Baj Salameh Pharmacie Yacoub Lebanon Tél: 01-537-8117 Fax: 01-7300058 E-mail: yacoub@yacoub.com.lb	26/08/2010	644,00	

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D			00000000		00000000	B			35533411		11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																			
	00000000		00000000																			
	D																					
	00000000		00000000																			
	B																					
	35533411		11433553																			
	[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																						

Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



العيادة الطبية النخيل
Cabinet Médical Annakhil

الدكتورة سهام ميكو

اختصاصية في طب الأطفال

Rabat, le 26/08/2020

الرباط، في

GUESSOUS NOOR

- Hexaxim 411,00 DH
- Sterogyl 15 h 600000 ui 1/2 dose, 15,00 DH
- Doliprane 150 mg 1 suppo 4 fois par jour si température supérieure à 38,5
- sterimar gttes 1 application, matin midi soir 15,00 DH
- Cristal nourrisson 1/2 suppositoire si constipation 9,00 DH
- Enterogermina 2 milliards du 5ml 1-dose, matin pendant 7 jours 60,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0,5ML 1F 2

AIG SP P.P.V: 411,00 DH

6 118001 082063

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc

www.biocodex.ma

110 C 75,50 DH

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc

www.biocodex.ma

110 C 75,50 DH

Prevent Prevenis Prevents Co

LOT: 1900324
EXP: 06/2024
PPU: 130,00 DH

LOT: 191402
EXP: 09/2024
PPU: 9,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina, susp b 10 fl
P.P.V: 60,00 DH

6 118001 081653

Dr. Kabbaj Sanae
Pharmacie Yacout
Complexe Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou
Salle - Tel : 0537 87 87 17
ICE : 00042427300038

INPE : 102057288

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 الهاتف: