

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-455150

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) **1826**

Matricule : **10773** Société : **R A M**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BENKIRAN SIHAN**

Date de naissance : **14/11/1977**

Adresse : **AV. 2R KACEM VILLA HAZAR SOUSSI RABAT**

Tél. : **0668.8159.91** Total des frais engagés : **575,50**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **10.01.2020**

Nom et prénom du malade : **M. Benkiran Sihan**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **SEP**

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 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 : **24/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-455150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
10.01.2020	200	9	300	INP 101009082 Dr K. ALZEMMOURI NEURULF 200 2, Place My Aï Cherif - Rabat Tel: 05 37 74 12 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/2020	275.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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"/>										
Q.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALZEMMOURI Khadija

NEUROLOGUE

Ancienne Maître Assistante

à la Faculté de Médecine de Rabat

Maladies du Système Nerveux

الدكتورة خديجة آل الأزعموري

أستاذة مساعدة سابقا بكلية الطب

إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

ومرض الصرع

Rabat, le 10.01.2020 الرباط في

Mme Benkissane Sitah

Betaferon

1 inj / c 1 j sur 2

x 3 mois

196,00

Ciproxine 500 mg.

1500
Zeplix 5 j sur 7

Pharmacie Moulay Ali Cherif
Rabat - Tél : 05 37 76 62 14

Dr K. ALZEMMOURI

NEUROLOGUE

2, Place Moulay Ali Cherif - Rabat

Tél : 05 37 76 62 14

Doliprane 500

1 cp x 2 fois / j selon

Pharmacie Moulay Ali Cherif
Rabat - Tél : 05 37 76 62 14

275,00

Pharmacie Moulay Ali Cherif
Rabat - Tél : 05 37 76 62 14

Dr K. ALZEMMOURI

NEUROLOGUE

2, Place Moulay Ali Cherif - Rabat

Tél : 05 37 76 62 14

PPV15DH80
PER 09/22
LOT 11950

15,80

LOT: M0047
EXP: SEP 2023
PPV: 196,50 DH

PPV15DH80
PER 09/22
LOT 11109

15,80



PPV15DH80
PER 05/22
LOT 11104

15,80



PPV15DH80
PER 09/22
LOT 11959

S1

15,80

Dr. ALZEMMOURI Khadija
NEUROLOGUE

2, Place My Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

الدكتورة خديجة آل الزموري
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي
2، ساحة مولاي علي الشريف - الرباط
الهاتف : 05 37 76 62 14

FACTURE N° 000704

Reçu de M ^{سر} Benkirane Lihem

La somme de : Trois Cent
diethaus DH

Pour ☒ Consultation

Dr K. ALZEMMOURI
2, Place My Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

Date : 10.01.2020