

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.

MO = 19183

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7058 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAJI JAMILA

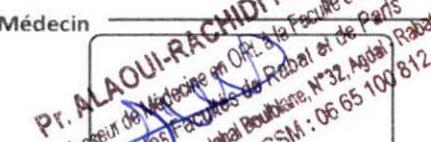
Date de naissance : 11/02/1962

Adresse : Rue de AL GHAFIKI, B17 Agdal ZAGAT

Tél. : 0661400476 Total des frais engagés : 361,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Obstruction cognitive

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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-477691

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 7058

Nom de l'adhérent(e) : MOHNE

Total des frais engagés : 361,20

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01 DEC 2018 | U.S. | | 300,- | INP : ALAOUI RACHID 145551 Médecin en ORL à la Faculté de médecine Sous les ordres de Rabat et de Paris Signature : Agdal - Rabat Date : 06 55 100 812 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE AL ANDALOUS 1, Av Mohammed VI Souissi - 0537738175 - 0537759402 | 2014-12-14 | 65.70 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

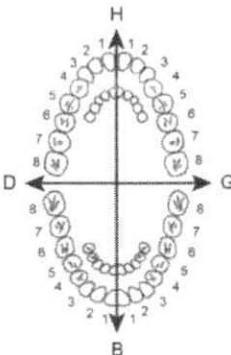
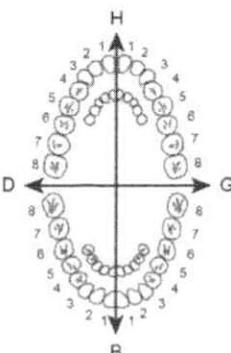
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|--|--|--|-------------|------------------------------------|
| | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | B | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DATE DU DEVIS [REDACTED] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] |

Docteur F. ALAOUI-RACHIDI
Professeur de Médecine en O.R.L.
Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris
Adulte - Enfants
- Maladies et Chirurgie des Oreilles; Nez
Sinus - Gorge - Larynx
Chirurgie de la Face et du Cou
Chirurgie de la Thyroïde
- Traitement de L'Allergie et du Ronflement

الدكتورة العلوى الراشدى فاطمة
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة برباط
- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحلق
- جراحة العنق والوجه والغدة الدرقية
- علاج الحساسية

04 DEC. 2019

N = El HAJJI Djemâa

17,20

- Sphincter

→ 12 up 1-2° anal
offense

- Hemorrhoids

17,20

2pm 1-3° oral

offense

- Polyuria

22,70

1pm

3pm

- Bouffée

EPHEDRYL®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 17,20 DH



Baycutène® N 15 g

Crème



6 118000 170075

N

خارجى