

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

- 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.

N° W19-448858

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <i>(2411,87)</i>			
Matricule :	1670	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<i>GHAFFAM MED HASSAN</i>
Nom & Prénom : <i>GHAFFAM MED HASSAN</i>			
Date de naissance : <i>16/04/1902</i>			
Adresse : <i>16, rue Constantin PABAT - HASSAN</i>			
Tél. : <i>0663 04 1902</i> Total des frais engagés : <i>113,00</i> Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <i>/</i>	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>MUPRAS</i>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>11 MARS 2020</i>	
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* Le *09/03/2020*
Signature de l'adhérent(e) *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Dr. Taleb BOUZIRI à l'Unité Anesthésique - 05 27 2020 02 50 INPE : 102070414	2020-03-21	113,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969 N° CNSS : 1565475

N° ID.F. : N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

GHANNAM HASSAN

Le : 07/03/2020

FACTURE N°: 5621

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	VOLTARENÉ EMULGEL 100GR	60,00	7	60,00
1	VOLTARENÉ EMULGEL 50GR	53,00	7	53,00
TVA 7%:		7,39	Total :	
			113,00	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT TREIZE DIRHAMS

مكتب سماط
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

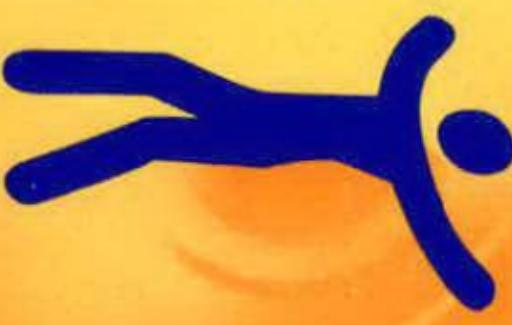
Gel pour application cutanée

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Anti - inflammatoire
Antalgique



Tube de 50 g



LOT : M0451
EXP : JUN 2021
PPV : 53,00 DH

Diclofénac Diéthylamine,
Équivalent à 1 g de diclofénac sodique
Parfum
Excip. q.s.p 100 g
Excipient à effet notoire : Propylèneglycol .

Titulaire de l'AMM au Maroc :
GlaxoSmithKline Maroc -Ain Aouda-Région de Rabat

Informations médicales :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali.
Casablanca - Maroc

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Gel pour application cutanée

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

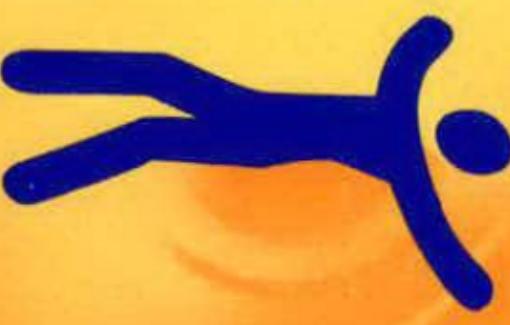
Anti - inflammatoire

Antalgique

Diclofénac Diéthylamine,
Équivalent à 1 g de diclofénac sodique
Parfum
Excip. q.s.p 100 g
Excipient à effet notoire : Propylèneglycol .

Titulaire de l'AMM au Maroc :
GlaxoSmithKline Maroc -Ain Aouda-Région de Rabat

Informations médicales :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali.
Casablanca - Maroc



Tube de 50 g



LOT : M0451
EXP : JUN 2021
PPV : 53,00 DH