

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 | : 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° W21-652062

84413

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **18594**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HASSANI MEKKI**

Date de naissance : **05/11/1988**

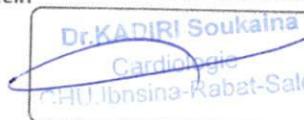
Adresse : **Villa 46 plage Val d'or Herbaux TEMARA**

Tél. **0667-086081**

Total des frais engagés : **# 613,00 #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14/07 , 2021**

Nom et prénom du malade : **EL HASSANI MEKKI**

Age: **32**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Infection Covid-19**

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 : **RABAT**

Signature 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
14/07/2021	C	G	INP : 100005875	Dr.KADIRI Soukaina Cardiologie CHU.Ibsina-Rabat-Salé

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/07/2021	613.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

La mention est précisée 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 la dentition.

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et âge du patient

EL HASSANI

MEKKI

32 am

Date: 14/07/2021

Dr.KADIRI Soukaina
Cardiologie
CHU.IbnSina-Rabat-Salé

100,10

ORDONNANCE

1) Tavanic 500 mg ou equivalent

1 cp/j après repas durant 7 jours

65100

2) Sohyprid 20 mg on equivalent

4 cp durant 3 jours

3 cp durant 3 jours

à cep durant 2 jours

1 cp durant 2 jours

3) Lovenox 0,4 349,00

une injection par jour durant 7 jours

4) Oedes do mg ou equivalent

une gelule le matin
durant 14 j

Signature et cachet du médecin

VEUILLEZ RAMENER CETTE ORDONNANCE LORS DE LA PROCHAINE CONSULTATION SVP

EVOX® 500 mg

DCI : Levofloxacin

7 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 340485

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.I-

Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

OraPred® 20 mg

30 comprimés effervescents

PROMOPHARM s.a.



6 118000 241829