

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-556297

par courrier

112833



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11013

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

YAOUANE BOUATIF

Date de naissance :

13 Juin 1978

Adresse :

16 HSSAIN ALJADEDA

Tél. :

06 13 57 53 77

Total des frais engagés : 300 + 227,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/04/2022

Nom et prénom du malade : BERKIA ABDI Age: 11 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Paralysie faciale

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

Le : 20/04/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
04.04.12	G	300.00	Dr. MOUMENE JALAL O.R.L 18 Bis, Rue My Bachir - Rabat Tel: 05 37 20 76 64 101114213	INP : 101114213 مومن Dr. MOUMENE JALAL O.R.L 18 Bis, Rue My Bachir - Rabat Tel: 05 37 20 76 64 101114213

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. PHARMACIE AL ABRIDI 4, Rés. Dalal, Imb. 4, Mag. 12 2nd Hial, Hsaine-Sala Al Jadid Tel.: 05 37 83 18 86	04/10/99					227,92

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

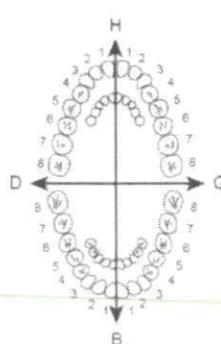
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433562
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[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

Dr. MOUMENE JALAL

O.R.L
(Nez - Gorge - Oreille)

- Diplômé d'Etat Français d'ORL et de Chirurgie de la face et du Cou.
- Diplômé de Carcinologie Cervicofaciale de l'Institut G.Roussy (PARIS).
- Chirurgie de la Thyroïde.

Sur Rendez-vous

الدكتور مومن جلال

أمراض وجراحة الأنف، الحنجرة

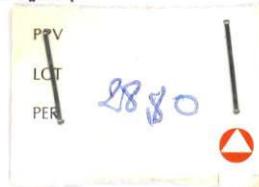
الأذن الوجه والعنق

خريج كلية الطب ببرروان - فرنسا

شهادة أمراض وجراحة سرطان الرأس

والعنق من مؤسسة ج - روسي بباريس

بالميعاد



Berkiba Aida.

~~36,40 x 2
72,80~~

~~- Copres 200, 3 esp 6 net~~

puis

2 esp ce net

5

puis

1 cp

5

1/2

36,00

97,50 puis amel

1 esp x 41 f

7,50

~~28,80 x 2
57,60~~

~~دكتور مومن جلال
Dr. MOUMENE JALAL
O.R.L
4, Res. Belal, imb 4, Mag. 12
Oulad Hlal, Hsaine Sala Al Jadida
Tél.: 05 37 83 18 86~~

دكتور مومن جلال
Dr. MOUMENE JALAL
O.R.L

19 Bis, Rue My Rachid - Rabat
Tél.: 05 37 20 76 64
Tél.: 05 37 11 42 13

كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملغم

عن طريق الفم

قرصاً فوار 20

PHARMAS 5

LOT : 5111

UT. AV : 11-24

P.P.V : 36 DH 40

كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملغم

عن طريق الفم

قرصاً فوار 20

PHARMAS 5

LOT : 5111

UT. AV : 11-24

P.P.V : 36 DH 40

CICLOVIRAL® 200 mg

Aciclovir

25 comprimés

Voie orale

CICLOVIRAL® 200 mg

Aciclovir

Voie orale

25 comprimés

AFRIC-PHAR
LOT 219070 EXP 08/2024
PPV: 97DH50