

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-811941

18476

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13206 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : HOUSSINE			
Date de naissance : 22 07 1996			
Adresse : Lot kmiria fath El Kheir			
Tél. : 06 62 07 34 36 Total des frais engagés : 600.00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
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 : Antérite droit (gross)			
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 : Casablanca Le : 1/1/2019

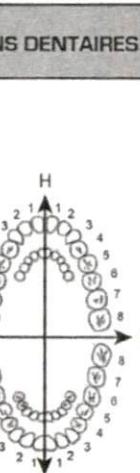
Signature de l'adhérent(e) : GK



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
06/09/23	g		300,000Dhs	INP : 1111111111 INP : 101045516 Dr. Mohammed DRAOUI Chirurgien Traumatologique Chellah Rés. Ryad Hassan Rabat

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);"><i>Mohamed DRAOUT</i></p> <p>Université de Tunisie, Faculté de Médecine de Tunis Service de Radiologie, Hôpital La Rabta Appl. N° 5 - Rabat Tunisie Tel.: 05 37 66 16 37 / 38 Fax: 06 61 18 87 66 Urgence : 06 61 18 87 66 CE : 001654512000071</p>	06/09/23	Try X2	300,00 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			H															
			25533412	21433552														
			00000000	00000000														
			D	G														
			00000000	00000000														
			35533411	11433553														
			B															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Mohammed DRAOUI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
de l'Adulte & l'Enfant
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V
Ancien Chirurgien à l'hôpital Militaire de Rabat



الدكتور محمد الدراوي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
للكبار والصغار
خريج كلية الطب بباريس
جراح سابق بالمستشفى العسكري باربطة

Rabat, le

06/09/2023

RADIOGRAPHIE

Nom : HOUMINE

Prénom : HAITAM

- Radio : 2 pieds face.
- Résultat :

دیفرانچیاں اے میکر رائفس
وامن
مٹن
دی ۱/۲ سون اپیل
اے
Dr. Mohammed DRAOUI
Chirurgien Traumatologique
38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A
Appt. N°5 - Rabat
Tél. : 05 37 66 16 37 / 38
Urgence : 06 61 18 87 66
ICE : 001654512000071

38, AV Chellah Residence Ryad Hassan A
Appt N° 5 Rabat
Urgence : +212 6 61 18 87 66
Tél : +212 5 37 66 16 37/38

E-mail : dr.draouimohammed@gmail.com البريد الالكتروني:

38 شارع شالة اقامه رياض حسان ا
شقة رقم 5 حسان الرباط
المستعجلات : +212 6 61 18 87 66
+212 5 37 66 16 37/38 : الهاتف
البريد الالكتروني :

Docteur Mohammed DRAOUI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
de l'Adulte & l'Enfant
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V
Ancien Chirurgien à l'hôpital Militaire de Rabat



الدكتور محمد الدراوي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
للكبار والصغار
خريج كلية الطب بباريس
دراح سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Rabat, le

06/09/23

FACTURE

NOM : HOUMINE

PRENOM : HAITAM

- Radio 2 Pieds face 300.00

TOTAL : TROIS CENT DIRHAMS

(300.00DH)

Dr. Mohammed DRAOUI
Chirurgien Traumatologique
38, AV. Chellah Rés. Ryad Hassan A
Appt. N°5 - Rabat
Tél.: 05 37 66 16 37 / 38
Urgence : 06 61 18 87 66
ICE : 001654512000071

38, AV Chellah Residence Ryad Hassan A
Appt N° 5 Rabat
Urgence : +212 6 61 18 87 66
Tél : +212 5 37 66 16 37/38

E-mail : dr.draouimohammed@gmail.com البريد الإلكتروني :

شارع شالة اقامة رياض حسان ا 38
شقة رقم 5 حسان الرباط
المستشفى : +212 6 61 18 87 66
الهاتف : +212 5 37 66 16 37/38