

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.

193044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7058** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EL HAJJI JAMILA

Date de naissance : **11/02/1962**

Adresse : **Résidence AL GHAFIKI BI TAGDAL RABAT**

Tél. : **0661400476** Total des frais engagés : **729,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14/11/2023**

Nom et prénom du malade : **EL Hajji JAMILA** Age : **61 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Dermatoses**

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie :

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 : **14/11/2023**

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
14/11/23	C		#300,00	 Dr. Jamila BOULLIAME Dermatologie - Vénérologie Av. C. S. 5, Imm. 54, App. 10 Agdal - Rabat Tél: 053 777 22 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. جميلة بوحجلب

اختصاصية في الأمراض الجلدية

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا الرباط

أمراض و جراحة الجلد والأظافر والشعر

الأمراض المتنقلة جنسيا

العلاج بالليزر

طب التجميل



DR. Jamila BOUHLLAB

Spécialiste en Dermatologie

Ex Spécialiste de l'Hôpital Avicennes C.H.U Rabat

Maladies et Chirurgie de la Peau, Ongles et Cheveux

Maladies Sexuellement Transmissibles

Lasers Médicaux

Médecine Esthétique

CABINET DE DERMATOLOGIE
LASER

Rabat Le : 14/11/2023

EL HAFJI - Jamila

121,50 + 22,40

① Mycoftex 150 mg

1cp / Semaine ✗

45,20

Pharmacie Descartes
Dr. El hachmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE 1020
Av. Des Nations Unies 0449
Rabat - Tel: 0537671090

8 Sels

② Mycostex solution filmogène .

2 x / Semaine . /ongle
du pied

240,00

③ URELIA 4.0

1 x/j x 15j.

Ongles du
pied

④ Ecrinal aincisur vitamine (épais).

Dr. Jamila BOUHLLAB
Dermatologie - Vénérologie
Av. Oqba, Imm.54, Appt.10
Agdal - Rabat
Tel: 0527 2840074505

1 x/j sur L'ongle
du pouce .

429,10

العنوان : شارع عقبة زنقة عن أسربون عمارة 54 شقة 10، أكدال - الرباط .

البريد الإلكتروني : jamilabouhllab@gmail.com

الهاتف : 06 10 27 45 05 - 05 37 77 77 33

