

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-458733

NO: 19613

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06413 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJOUARDA FATIHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05-22-91-2431 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima AARAB
GASTRO ENTEROLOGUE
5, Rue Doukkala - Mohammed VI
Tél : 05 23 32 04 48

Date de consultation : 06/01/2020

Nom et prénom du malade : HAJOUARDA FATIHA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : T.R. DIGESTIF

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 : 06/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
06/10/2020	G2	1	30000	INP : 09116601169 Dr. Fatima AARAB GASTRO-ENTÉROLOGUE 5, Rue Doukkala - Mohammédia Tél : 05 23 32 04 48

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Catet du Pharmacien ★ ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/11/2020	158,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07.01.90	Echo	65000

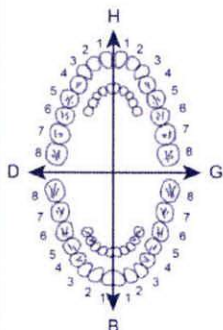
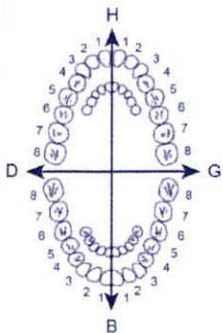
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aarab Fatima

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Estomac - Intestins - Foie - Hémorroïdes

Fibroskopie Digestive - Echographie abdominale

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nancy



الدكتورة أعراب فاطمة

متخصصة في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الكشف بالمنظار - الكشف بالصدى

خريجة كلية الطب بنانسي

ORDONNANCE

maphar

Z. Zaire - An. Sede - Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73.50 DH



6118001181193

Mohammedia, le : 06/12

M^r HAJOU ARDA FATIMA

84,80

- Brexin cr

84,80

2 cr 1/5

Ann 20

- metoprolol
3 cr 1/5



- Duspabin 200

Ann 4

73,50

3 cr 1/5

Forlax



Ann 4

2 cr 1/5

Dr. Fatima AARAB
GASTRO-ENTÉROLOGUE
Rue Doukkala - Mohammedia
Tél : 05 23 32 04 48

زقة دكالة فيلا أوبنيحي رقم 5 المحمدية - الهاتف : 05 23 32 04 48

Rue Doukkala Ville Oubenyahia N° 5 Mohammedia - Tél. : 05 23 32 04 48

158,30

Docteur Aarab Fatima

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Estomac - Intestins - Foie - Hémorroïdes

Fibroskopie Digestive - Echographie abdominale

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nancy



الدكتورة أعراب فاطمة

متخصصة في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الكشف بالمنظار - الكشف بالصدى

خريجة كلية الطب بنانسي

ORDONNANCE

Mohammedia, le : 06 1 20

M - HAJOUARDA FATIMA

Echo profus abdomino
pelvique

Dans fosse lombaire
Garde irradiance vers
la fosse G et FIC

CABINET DE RADIOLOGIE
Dr BENSALOU FOUAD
7, Bd Hassan II (à l'angle de la Gare)
Mohammedia - Tél/Fax : 023 31 09 35
e-mail : bensalou.fouad@nansara.ni

Dr. Fatima AARAB
GASTRO ENTEROLOGUE
5, Rue Doukkala - Mohammedia
Tél : 05 23 32 04 48

زقة دكالة فيلا أوبنيحي رقم 5 المحمدية - الهاتف : 05 23 32 04 48
Rue Doukkala Ville Oubenyahia N° 5 Mohammedia - Tél. : 05 23 32 04 48

Mohammedia le 07/01/2020

Cabinet de radiologie

Dr Bensaid Fouad

ICE: 001923053000020

I.F : 54700400

7, Bd Hassan II Mohammedia

Tél/Fax : 05-23-31-39-39

E-mail: bensaidfouad@menara.ma

Facture n° : 25/20

Mme : Hajouarda Fatiha

Arrêter la présente facture à la somme de six cent cinquante
Dirhams 650 DH/TTC pour
Echographie abdomino – pelvienne

CABINET DE RADIOLOGIE
Dr Bensaid Fouad
7, Bd Hassan II Mohammedia - Tél/Fax : 05-23-31-39-39
e-mail : bensaidfouad@menara.ma