

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° W21-659258

180366

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8244 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Bente Reb Abdelouahed

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/2023

Nom et prénom du malade : BEN TNER Abdelouahed

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

Nature de la maladie : affection neurologique

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 : Cas Le : / /

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
23/10 2023	CS		30000	 

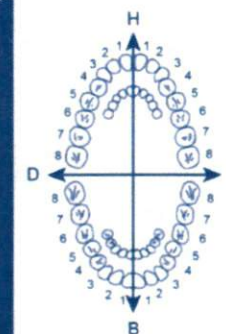
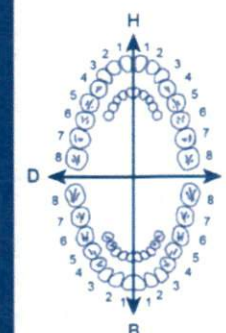
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.10.2023	564.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

Dr. Naila MIDAFAI

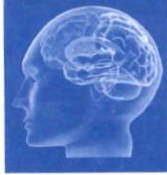
Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil
Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Explorations Electroneurophysiologiques

Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة نائلة مضافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أخصائية في اضطرابات النوم
الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ)
مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

Mr BEN TALEB Abdelwahad

1 CO-ENZYME Q10

1 CP LE MIDI PENDANT 3 MOIS

2 MYDOFLEX

1 cp matin et soir pendant 3 mois

T. 564.00

PHARMACIE 2000
Dr. KADIRI LALLA ZINE
22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée)
Berrechid
Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65
Instagram : Pharmacie 2000

Dr. Naila Midafoi
Médecin
Tél: 0522 86 56 04
GSM: 0661 71 09 33

23.10.2023

GTIN: 06118001260850
LOT: 4054
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



Sur Rendez-vous

شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء

Al Miraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{ème} Etage
Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anoual

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - Whatsapp : 06 69 73 56 40 - E-mail : nmidafoi@gmail.com

GTIN: 06118001260850
LOT: 4054
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00

