

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-425963

ea

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matriculé : **126f3**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RABOUH Zineb**

Date de naissance : **11/03/1987**

Adresse :

Tél. : **06 62 76 f1 28**
05 22 91 24 96

Total des frais engagés : **411,43** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL ARABI Redouane
Médecine Générale
141, Lot. Hadj Fateh R.D.
N°2 El Oulfa - Casablanca
Tel. 022.93.03.09

Date de consultation : **27/09/2019**

Nom et prénom du malade : **Zineb RABOUH**

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **épilepsie**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Accueil siège/Ram

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
03.07.19 / E			150,000	INP : P91097746 Dr. HADJARABI Redha Médecine Générale 141, Lot. Hadj Fateh R.D. El Oufsa - Casablanca 02-23-09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MESTAIS Av. de la République 2107119</i>	<i>25/6/19</i>	<i>124,50</i>
	<i>25/6/19</i>	<i>137,30</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D	00000000	G	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D	00000000	G																				
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

الدكتور رضوان العربي

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie
Electrocardiogramme
Petite Chirurgie - Circoncision

الطب العام

الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le : 25.02.2019 في الدار البيضاء.

Dr Redouane El Arabi

28.50 Dhs

28.50 Dhs
Casablanca 28.50 Dhs

✓ ✓

96.00 Dhs
28.50 Dhs
124.50 Dhs

✓ ✓

PHARMACIE AVENUE NACIRI
Dr MESTASSI Nadia
253 Avenue Mohamed Taïeb Nacir
El Oulata Casablanca
Tél : 05 22 93 03 09

Dr. EL ARABI Redouane
Médecine Générale
141, Lot. Hadj Fateh R.D.
N°2 El Oulata - Casablanca
Tél : 022.93.03.09

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدري

تخطيط القلب

لجراحة الصغيرة - الختان

لدار البيضاء، في Casablanca, le ١٩٥٤

$\gamma^{\text{le}} = \text{RBM17 Struc}$

① Tandy fur bag
10.50 + " P } 51 02 5
2 1 Cus 48
Imp 125 02 5
56, Box 2

137.30

PHARMACIE AVENUE NACIRI
253 Avenue Mohamed Taïeb Nacir
Habib Bourguiba
14 137 27 du 20 42
Dr. El
Médi

URI
o Nacín
sapianca
e AL
Dr. EL ARA
Méder
141-15
Nº 2 El
T 34

A standard linear barcode representing the ISBN or a unique identifier for the book.

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41 Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUD

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black lines of varying widths.

Tardyferon® 80 mg

50 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI