

## 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 prothèse

- 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'Horige Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



de Prévoyance  
Sociales  
Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº W19-534261

53862  Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	13862
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres	
Matricule : <u>1438</u>	Société : <u>MURAS</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>FODUC</u>
Nom & Prénom : <u>Foduc</u>			
Date de naissance :	<u>01/01/1951</u>		
Adresse :	<u>DAR LAYYINE BLOC R 18. 428 NE</u>		
Tél. : <u>06 52 00 74</u>	Total des frais engagés :		Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Docteur Rajaa RABHI Neurologue - Explorations Neurophysiologiques EEG - EMG
Date de consultation :	30.01.2020
Nom et prénom du malade :	DALOUSSI fatih
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Confiant
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 piconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

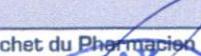
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

**Fait à :** .....

**Signature de l'adhérent(e) :**

Le : 16 / 12 / 2020

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
16/12/20	C		300DH	INP : 09 M 1605 Docteur Raja - Explorations Neurologue - Explorations Neurophysiologiste EEG - EMG ESR N. 22 ESRAZ ET MI Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2020	126,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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 <b>INP</b> : <b>28,80</b> <b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
INP : <b>28,80</b>			
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <b>PPV</b> <b>LOT</b> <b>PER</b> <b>28,80</b>			
<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>28,80</b>			
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>			
<b>FIN D'EXECUTION</b>  <b>28,80</b> <b>PPV:39DH80</b> <b>PER:08/13</b> <b>LOT: J2120</b>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>		
	<b>G</b>		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 			
<b>MONTANTS DES SOINS</b> 			
<b>DATE DU DEVIS</b> 			
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 			

# Docteur Rajaa RABHI

- Neurologue
- Spécialiste des Maladies du Système Nerveux Central et Périphérique
- Explorations neurophysiologiques E.E.G - E.M.G.



# الدكتورة رجاء رابحي

- اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
- الفحص الكهربائي للدماغ
- الفحص الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le

16-12-2012

D AL aussi

Fatigue

39,80



① charoxyl g



T g n le Sdr

28,80 x 3



② vibacef 500

126,00

TRT de 0 - MUS

Docteur Rajaa RABHI  
Neurologue - Explorations  
Neurophysiologiques  
EEG - EMG

Bd Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour  
2ème Etage N° 19 Maârif - Casablanca  
00 212 5 22 25 50 40 - GSM : 06 61 09 29 48

شلالة يحيى المصطفى، رقم 24، قصبة المنصور، الطابق الثاني، الرقم 19، المعابدة، الدار البيضاء، المغرب  
تلف: 00 212 6 61 09 29 48 - المحمول: 00 212 5 22 25 50 40

Bd Yacoub Mansour - N° 22 Espace El Mansour, 2ème étage, N° 19 Maârif - Casablanca - Maroc  
Tél.: 00 212 5 22 25 50 40 - GSM : 00 212 6 61 09 29 48 - rajaarabhi@gmail.com

