

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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.

N° W21-623253

133667

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

5113

Société :

R.A.R

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ELZAHAR YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0620-03-10-40

Total des frais engagés :

+ 384.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amina ARROUBI
OMNIPRACTIENNE
Avenue Oued Dahab, Jamila 5
rue 181, N° 55 - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 56 56 46

Date de consultation :

12

Nom et prénom du malade :

BÓUZIAME Zoubida

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Renoncement

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) :

Le : 28/10/12

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/09/2014 Avenue de l'Europe 61 F-51100 Fougères	22-2 Jambes blanches 05-22-55-30	1	180 HT	INP : 09103604

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/9/22	234.80

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amina ARROUBI

OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata

Diplôme Universitaire

Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)

Diabétologie - Echographie

Spécialiste en Médecine du Sport

الدكتورة أمينة عروبي
الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتا
حاصلة على دبلومات جامعية
طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)
مرض السكري - الفحص بالصدى
أخصائية في الطب الرياضي

Le 12-9-22

Mr (Mme)

BOUZDANE ZOUZDOA

114,20.43

1) Promolut - nos
25 les
25

44120

44120

44120

Dr 50 → 25

35 50 → 25

57,00

57.00 2) Dy einon 25
per AS

LOT : 22E007
PER : 03 2025

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20

6 118000 011118

45,20

4) Ny roster ce
15,60

TOTAL -

934,80

Dr. Amina ARROUBI
OMNIPRATICIENNE
181, N° 55, Casablanca
Tél./Fax: 05 22 56 56 46

شارع وادي الذهب، جميلة 5، رقم 181، رفقة 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email: dr.amina.arroubi@gmail.com

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, en face pharmacie skiba