

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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



Déclaration de Maladie

N° W21-815193

C

194268

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2815	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MRS EL GHOMARI Malika
Nom & Prénom : MRS EL GHOMARI Malika			
Date de naissance : 18 MAI 1955			
Adresse : 8, Rue Ibnou MALEK Aviation Rabat			
Tél. : 06 61 30 97 62	Total des frais engagés : 527,50 DH		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. EL GHOMARI Rachida Anesthésie-Réanimateur
Date de consultation :	21/01/2024
Nom et prénom du malade :	EL GHOMARI Malika
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	dorsalgie
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 : ROABAT

Le : 30/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : EL GHO

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-815193

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2815
 Nom de l'adhérent(e) : ELGHOMARI
 Total des frais engagés : 527,50 DH
 Date de dépôt : 30/01/2024

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
21/01/2024		CG		INP : 091050526 Dr. EL GHOMARI Rachida Anesthésiste - Réanimateur Dr. EL GHOMARI Rachida Anesthésiste - Réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des honoraires
21 Rue Zayyadah Aviation 10100 Rabat Tél : 0537 75 22 33 INPE : 103062675	28.10.2024	27 Rue Zayyadah Aviation 10100 Rabat Tél : 0537 75 22 33 INPE : 103062675	180 (EA)
	B. 2F		
	C. 87.5 D		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة ORDONNANCE

N^o EL GHOMARI Malika
le 21/01/2024

Dr. EL GHOMARI Rachida
Anesthésiste - Réanimateur

- Dosage
 - de Vic Dide
 - NFS
 - VS

Dr. EL GHOMARI Rachida
Anesthésiste - Réanimateur



مختبر بروفيسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOUI

FACTURE N° : 2401220010

Rabat le 22-01-2024

Mme Malika EL GHOMARI

Demande N° 2401220010

Date de l'examen : 22-01-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	HEMOGRAMME	E80	E
	Vitesse de sédimentation	B25	B
	25-(OH)-vitamine D (D2+D3)	E395	E
	METABOLISME PHOSPHOCALCIQUE	0	
	REFERENCE MARQUEURS HEMATOLOGIQUES	0	
	REFERENCE MARQUEURS D'INFLAMMATION ET DU SYSTEME IMMUNITAIRE	0	
	REFERENCES GENERALES	0	

Total des B : 25

TOTAL DOSSIER : 527.5DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent vingt-sept dirhams cinquante centimes

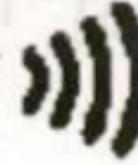
Dr. AE ALAOUI
Laboratoire du Professeur ALAOUI
21 Rue Zaydah Aviation 10180 (EA)
Rabat Tél : 0537 75 22 33
INPE : 103062675

C



مركز التقدیمات

SANS CONTACT



22/01/24

10:36:02

9900677965

96779601

LPA ACCUEIL

Rabat

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx2125

CARTE NATIONALE

96273C8BC22800BC

220-0-9999-1-55

MONTANT : 527,50 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION : 605565

STAN : 009037

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT