

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 :

- Tes 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 rééducation.
- 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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Essaïd Ben Ali Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur Casablanca 20000 - Tel : 05 27 20 45 45 (1C) - Fax : 05 22 20 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-425561

h8333

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01948

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ZBARA

Drim

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

05, Rue Nohamed Charnit
Oujda

Tél. :

0664 55 70 44

Total des frais engagés :

Dr Wassim M EL RABANI

1282,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Bd. Idriss Al Akbar, Imm. Almorabitin
Tel: 06 36 70 31 54 - OUJDA

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

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 :

Le : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-425561

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 : 01948
Nom de l'adhérent(e) : ZARADIS
Total des frais engagés : 1282,00
Date de dépôt : 20/10/2020

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
20/10/2020	Consultation		08118275	Dr Wassim M EL RABBANI Capitaine de l'armée Bd. Idress Al Akbar, Immeuble Almorabitin Tel: 05 58 70 31 54 - Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NASSIRI KHALIL Pharmacten Douar Zidour Aghbal Aftir GSM: 05 50 04 74 74	20/10/2020	103 900 - Dh

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

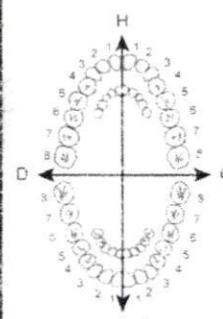
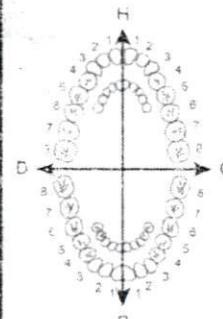
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>2253412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>2253412</td> <td>11433552</td> </tr> </table>				H	2253412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	2253412	11433552	<input type="text"/>
H	2253412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	2253412	11433552														
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique nécessaire à la profession	<input type="text"/>											
				<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS											
				<input type="text"/>	DATE DU DEVIS											
				<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION											
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

Dr WASSIM M. EL RABBANI
CARDIOLOGUE

Ancien Médecin à l'Hôpital Al Farabi - Oujda
Ancien attaché au CHU Hassan II - Fes



د. وسیم محمد الربانی

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية
طبيب سابق بمستشفى الفارابي - وجدة
ملحق سابق بالمركز الإستشفائي الحسن الثاني - فاس

ORDONNANCE

Nom : Dr Wassim

Oujda, le : 20.05.2023

Prénom : Dr Wassim

$$18030 \times 3 = 54090$$

$$3070 \times 3 = 9210$$

Tavag 160, 180 ;
- Kardeg 170, 190

$$6770 \times 2 = 13140$$

$$8920 \times 3 = 26760$$

Beprrol 10, 120 ;
- Androl 5, 100

$$\overline{103200}$$

SV

03

MJ

SV

SV

SV

Dr Wassim M. EL RABBANI
CARDIOLOGUE
Bd. Idriss II, Angle Bd. Al Akbar et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda
GSM: 05 50 04 74 74

شارع المرا比طين (مقابل مستشفى الفارابي) زاوية إدريس الأكابر وزنقة الرازى . الطابق الثالث رقم 5 (المصعد) - وجدة
Imm. Al Morabitine (en face Hôpital Al Farabi) Angle Bd Idriss Al Akbar et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda

Tél. : 05 36 70 31 54 - GSM : 06 72 73 75 50



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

P.P.V.

89 20

89,20

AMlor 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

P.P.V.

89 20

89,20

AMlor 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

P.P.V.

89 20

89,20

AMlor 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LOT : 20E010
PER.: 11/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E010
PER.: 11/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E010
PER.: 11/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

BIPROL® 10mg
30 Comprimés pelliculés
sécablesBIPROL® 10mg
30 Comprimés pelliculés
sécables0 7 2 8 2 0 6 5 1 7 0
P P V 6 5 D H 7 00 7 2 8 2 0 6 5 1 7 0
P P V 6 5 D H 7 0

6 118001 200825



valable 3 mois

Le 20/10/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr Wassim AL RABBANI

CARDIOLOGUE

Bd. 1000 Al Akad 0154 Almorabitin

Certifie que Mlle, Mme TÉMOI 3670 BARADA DRISS

Présente

W.A.

Nécessitant un traitement d'une durée de : 03 mois

Dont ci-joint ordonnance : Oui

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr Wassim AL RABBANI
CARDIOLOGUE
Bd. 1000 Al Akad 0154 Almorabitin
Tél: 05 36 70 01 54 CUJDA