

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 | ope@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |



Déclaration de Maladie

N° W19-561590

ALD: 48982
 Optique Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 10561		Société : RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL AIBOUDI MOHAMMED		
Date de naissance : 17/07/64		
Adresse : SAL MIA CASABLANCA		
Tél. : 0668576918		Total des frais engagés : 344,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR. Amina ARROUBI OMNIPRACTICIENNE Avenue Oued Noun 1000 Bab. Jamila 5 rue 181, N° 55 - Casablanca Tél/Fax: 05 22 56 56 46	
Date de consultation : EL AIBOUDI MOHAMMED	
Nom et prénom du malade : EL AIBOUDI MOHAMMED	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Rnqte	
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 : 23 NOV. 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
29/10/2011	C	1	150 DH	INP: 0010943604 DR. Amina ARRACHE OMNIPRACTIENNE TOUHAMI Mustapha Casablanca 10-55-56-56-46

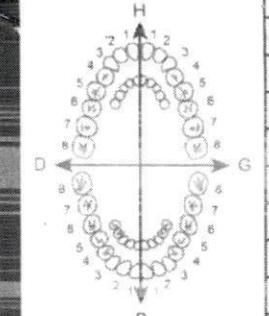
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom du Particulier ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ben M'SIK - Casablanca TOUHAMI Mustapha Docteur en Pharmacie	29/10/2011	150,00

ANALYSES - RADIographies			
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	
		AM	PC	IM	IV

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

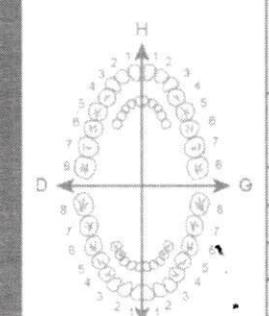


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 سباتة
حاصلة على دبلومات جامعية
طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)
مرض السكري - الفحص بالصدى
أخصائية في الطب الرياضي

Le 22.10.20

Mr (Mme)

TELARBOUDI ROHATIRED

144,50

1) Raciper 20 mg
1 grs

PPV: 144DH50

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

14,50

2) ADDONTRAL violet 50 mg

14,50

3) Hemo fast 50 mg

Hemofast®
Pommade

14,60

4) Hemo fast 50 mg



10,70

5) Andol utc 50 mg



لذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 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, enface pharmacie skiba