

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A TIRE 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

- 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.

N° W19-445835

ND: 20353

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13213		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN NABBI ANASS			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 523,90 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<p>Docteur Aziz EL MAHDAOUI Ancien Médecin Militaire Médecine Générale Médecine du Sport Echographie</p> <p>Imm. 16, Appt. 3, 1er Etage, Av. Kebibat - Rabat - Tél: 05 37 69 33 38</p>			
<p>Cachet du médecin :</p> <p>El 1er 12/2020 Ben abbi Anass MAHDAOUI</p>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>Docteur Aziz EL MAHDAOUI Ancien Médecin Militaire Médecine Générale Médecine du Sport Echographie</p>			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p> <p>07 FEV 2020 Imm. 16, Appt. 3, 1er Etage, Av. Kebibat - Rabat - Tél: 05 37 69 33 38</p>			

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 : Casablanca Le : 07/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : LAUREN SIEGE RAM

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
21/10/2025		1	2000	INP : INPE: 101104727 Pat N°: 26331023
				Dr. Aziz EL MAHDAOUI Militaire Généraliste Sport Kebabat

EXEMPLAIRE DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Imm. 16. App. 313 bat. 05	323,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

DOCTEUR AZIZ EL MAHDAOUI

Ancien Médecin Militaire

Médecine Générale

Médecine Du Sport

Echographie Echo-doppler couleur
ECG



الدكتور عزيز المهداوي
طبيب عسكري سابق
الطب العام
الطب الرياضي
الميكروغرافيا الليكوا - دوبليير بالألوان
تخطيط القلب



Rabat le: 21/01/2020 الرباط في

Dr. Benatbi

Aras.

149,50

149,50

- Specmucin M

356,10

- ultra - levure

14,00

- Hescamedine TC

49,50

- Flopolis 20 de
- hors 3j

42,80

- Enorme

323,90

Dr. Aziz EL MAHDAOUI
Ancien Médecin Militaire
Médecine Générale
Médecine du Sport
Echographie

Imm. 16, App. 3, 1er Etage, Av. Kebibat
Rabat - Tel: 05 37 59 33 38

صيغة دبور الجامدة
PHARMACIE DIOUR JAMAA
Dr. Jamila El HASBAOUI
Tarihet sur Av. Hassan II
Tel.: 0555 26.16.68

Imm. 16, App 3, Avenue Kebibat, Kebibat RABAT - Tel: 05 37 59 33 38
E-mail: azizelmahdaoui@gmail.com