

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 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.

N° : N° W19-588073
74986

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1208	Société : R.A.N		
<input type="checkbox"/> Actif <i>Retraite</i>	Pensionné(<i>g</i>)	Autre :	
Nom & Prénom : AL HOUARABI Bouchra			
Date de naissance : 1946			
Adresse : HAB. Fuelle			
Tél. : 060 4951371	Total des frais engagés : 305 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Dr. ELARABI Redouane Médecine Générale 141, Lot. Hadj Fateh R.D N°2 El Oulfa - Casablanca Tél : 022 93.03.09			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/08/2024			
Nom et prénom du malade : AL HOUARABI Bouchra			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Enchélite aiguë			
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 : Casablanca			
Signature de l'adhérent(e) : <i>Signature</i>			

Fait à : Casablanca
Le : 18/06/2024

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
24/08/2014	C		100000	INF : 01/09/2014 Arbitrage Acte d'Agree N° : 1522-93-03

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

Dr Redouane EL ARABI

الدكتور رضوان العربي

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

الشخص بالصدى

Electrocardiogramme

تخطيط القلب

Petite Chirurgie - Circoncision

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le : 04.06.2021

الدار البيضاء، في :

Dr Redouane EL ARABI

51,00 - Paracetamol 500 mg

15 x 3

27,70 - Cardiopas

15 x 1

38,50 - Melatonin 6

0,5 x 2

38,50

7283 30 comprimés
VTE: MA-PPV: 51DH90
6 118001 183340

Cardiopaspirine 100 mg/30cpr
cide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Dr Redouane EL ARABI
Le Médecin Africain
Le Ministère de la Santé
Aut. N° : 1
Tél. : 05 22 93 03 09

PHARMACIE MÉDICALE
ZERKRI ALADDIN
DOCTEUR EN PHARMACIE
220-222-224-224
Casablanca
0522 90 51 13
00291220000713

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09