

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 | 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.

88916

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12673	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RABOUE Zineb
Nom & Prénom : RABOUE Zineb			
Date de naissance : 11.03.87			
Adresse :			
Tél. : 05 22 91 26 96	Total des frais engagés	06 62 76 71 28 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Date de consultation : 06.10.2021 Nom et prénom du malade : RABOUE Zineb Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : perte olfactive di gestione En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <small>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.</small>			

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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :




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
06/09 2021	G	5	250 Drs	INP Dr. Mariano Gastro - Enterologie Hépato - Gastro - Enterologie Practologue 14 Faub. Jumm 10 Cufa tel. 05.22.80.22.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VIACIE ANNASSIM <u>Habiba N°32/2 Sulta</u> <u>ANICA - Tel: 05 22 50 35 12</u> <u>INPE: 093010553</u> <u>F: 002042097800024</u>	6.09.20	465180

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

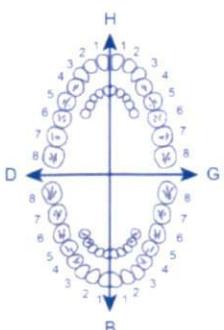
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

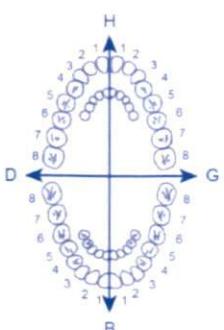
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CÉLIBRA DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
EFFICIENT	<input type="text"/>
2 0 G 0 3	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
onction) e à la profession	MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/>
	DATE DU DEVIS
	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION
	<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

SPÉCIALISTE

Maladie de l'Appareil Digestif
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire
hémorroïdes-fissure-fistule
Diplômée de la faculté de médecine de casablanca
Membre de la société nationale
française de gastro-entérologie
Echographie-gastroscopie-coloscopie
Proctologie médicale et chirurgicale



إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد-المعدة-الملاحة-الأمعاء
البواسير-أمراض المخرج
خر杰ية كلية الطب بالدار البيضاء
عضوة بالجمعية الوطنية الفرزنسية لأمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالصدى الفحص بالمنظار
جراحة المخرج

Casablanca, le :

06/09/2024

M^{me} Rabiah zineb

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 49DH80
PER: 11/2025
LOT: 101
20E045
6 118000 060062

PHARMA FACTIE ANNA'S
Lot N° 101 Date 05/22 Oulfa
INPE: 00234203710522
TCS: 00234203710522

SYNTHMEDIC
notre pharmacie au auam reches
INEXIUM
Op GR

40 mg
Boite 14
641150MP21INRQ P.P.V: 123 60 0H
6 118001 020607

- 1) flagyl 500 mg pc x 10
- 2) Imescium 60 mg pc x 10
- 3) Actipetit sup 100 mg pc x 10
- 4) Pradefen sachets 30 mg pc x 10
- 5) Sedivet 10 mg pc x 10
- 6) Neofortan 160 mg pc x 10



Lot : 118781
Date de Fab : 02.2021
Date de Pér : 02.2023
PPC : 99 Dhs