

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

- Reclamation : 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° W21-679398

100 626

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9198	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELMRAH SAID			
Date de naissance : le 11/11/53			
Adresse : 55, MAY RAYANE RUE ISBEL SARGHO POLYURBAIN NOUVEAU CAF			
Tél. : 0661 798981 Total des frais engagés : 780,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
DI M. A. LAABI CARDIOLOGUE Rés. RIBH "D", Angle 2d Bir Anzarane Rue Caïd Achtar, (à l'entrée de Agence INWI) Quartier Maârif - Casablanca 0601 62 99 20 88 - Fax 05 22 99 20 87	
Date de consultation : 06/01/2022	Age:
Nom et prénom du malade : ELMRAH SAID	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : HTA	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous protocollaire 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 : *EL M. A. LAABI* Le : 06/01/2022

Signature de l'adhérent(e) : *Y*



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
06/01/2022	Consultation	300dh	INP : 091166983	LAADY DENTALOGUE Bd Bir Anzarane Agence INWI Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien Nouaceur	Date	Montant de la Facture	
Dr Kader Haddar Pharmacien Tél : 05 22 53 72 32	06.01.2022	4.80,80	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
		AM	PC	IM	IV

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"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552	<input type="text"/>	
D	00000000	00000000	<input type="text"/>	
	35533411	11433553	<input type="text"/>	
B			<input type="text"/>	
G			<input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.				
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التدالي

06/01/2022

RL NRAH SATD

٢٠٢٢.٢.٢

١- Covertryl 10mg

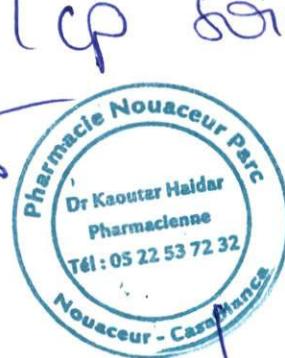
S.V Cpl ١١ وشك

att

٢- AMLOD ٥mg
٢٠٢٢.٢.٢

S.V Cpl ١١ وشك

٣ شيك



Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D", ١٠٢٢ Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achraf (La Côte de Agence Inwi)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 87 - 0522 99 20 88 - 0522 99 20 87

97,70

97,70

142,70

142,70

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إقامة ربع «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة اني) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgehce : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624