

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 | : 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° W19-560954

Cover

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	R 0678	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	106035
Nom & Prénom : MAMRI Zoubida			
Date de naissance : 22/08/1945			
Adresse : 27 Rue Jbn Bouiblane Appt 4 Rabat AL KASBIA - AGDAL - Rabat			
Tél. :	Total des frais engagés : 700,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Najib EL OMARI Ex Médecin Colonel Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale Ex Médecin Chef de Service Oxygénotherapie Hyperbare H.M.I.M V - Rabat - INDE - 101 104 784	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02 MAR. 2022
Nom et prénom du malade :	MAMRI ZOUBIDA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète pied et cheville gau
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 : Casabat

Le : 23/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : AJ

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
27/01/2024	Ca	Ca	200,00	INP : 1011044784 Dr. Najib ZEGLAMI Ex Médecin Colonel Médecin Chef de Santa Navale Mamine Médecin Chef de Service Oxygénothérapie Hypnose M. Rabat - 104784

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>EY</i>	<i>28/11/22</i>	<i>Générale AP Pres. FP</i>	<i>500.-</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	Nature des Soins	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"/>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
G																					
B																					
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Dr. NAJIB EL OMARI

Médecine Générale

الدكتور نجيب العماري

الطب العام

Médecin colonel retraité
Ancien Médecin chef du service
Oxygénothérapie Hyperbare
Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat
Ancien Médecin Chef de la Marine Royale

طبيب كولونيل متلاع
رئيس مصلحة العلاج بالأكسجين
تحت الضغط بالمستشفى العسكري
الدراسي محمد الخامس بالرباط سابقا
طبيب رئيسي للبحرية الملكية سابقا

INPE : 101 104 784

Ordonnance

وصفة طبية

Rabat le : 28/01/2022 الرباط :

M^{me} MAMRI ZOUBIDA

Faire SVP:

- RX cheville gauche Face + Prof'

- RX avt pied gauche Face et Oblique

Dr. Najib EL OMARI
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygénotherapie
Hyperbare
H.M.I.M V - Rabat
INPE : 101 104 784

CABINET DE RADIOLOGIE
52 Bis AVENUE DE RADIOS
Angle Rue Ibn des Matricules
337 49 49 - Agdal, Rabat
Tél: 0527 67 54 07

Imm 49 appart 2 - 1er étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat
Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : elomarijfmnb.nabb@gmail.com

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

Rabat - Agdal

FACTURE

Numero:A/02079
Rabat 28/01/2022

Nom patient	Date examens
MAMRI Zoubida	28/01/2022

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
PIED FACE+ PROFIL	250,00
CHEVILLE FACE + PROFIL	250,00
TOTAL	500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

CINQ CENTS DIRHAMS

Avg. 0537 67 54 07
82 bis Av. des Nations Unies
Angle rue Ibn Hanbal, Rabat
Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976
CABINET DE
RADIOLOGIE DE
L'AGDAL

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 28/01/2022

Mme MAMRI Zoubida (née le 22/08/1945)

Examen demandé par : - Dr MARI



CHEVILLE GAUCHE DE FACE ET DE PROFIL

- Les interlignes articulaires sont respectés.
- Gonflement des parties molles en regard de la malléole interne.

AVANT-PIED GAUCHE DE FACE ET EN OBLIQUE

- Hallux valgus avec remaniements dégénératifs modérés métatarso-phalangiens du gros orteil.
- Arthrose inter-phalangien du gros orteil.
- Déminéralisation osseuse juxta-articulaire.
- Absence d'anomalie des parties molles péri-articulaires.



AD/SA



MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 28.10.12.012

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: <i>20678</i>	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent..... <i>MAMRI Zoubida</i>	N°Tél bureau:
Nom et Prénom du bénéficiaire..... <i>DR. NAJIB EL OMARI</i>	N°Tél domicile: <i>0661223402</i>
Je soussigné: <i>DR. NAJIB EL OMARI</i> Ex Médecin Colonel Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale Ex Médecin Chef de Service Oxygenothérapie Hypertension	
Estime que l'état de santé de M ^{me} , M ^{me} , M ^e : NPE : 101 104 784 <i>MAMRI ZOUBIDA</i>	
Nécessite..... <i>une Radiographie Face Profil et légumes & Frottis gastrique</i>	
Un acte côté à la nomenclature:(préciser le coefficient)..... <i>.....</i>	
Une hospitalisation de :(Approximatif)..... <i>.....</i>	
A: (préciser l'établissement hospitalier)..... <i>.....</i>	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): <i>Douloures cœcale et pris d'acide au niveau de l'abdomen avec des crampes abdominales après une toilette</i>	
cachet, date et signature du praticien <i>.....</i>	
Décision: <i>.....</i>	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76