

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-792459

A 36390 Courriel

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 01690

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance : 07/08/1944

Adresse : Sétour 8, résidence Toullaline, Tizi n'Tichka, 800, Rabat

Tél. : 0664171744 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Said BENOMAR
CARDIOLOGUE
3, Rue Sahel EL Aai
App N°3 - Rabat
Tel: 0527725691 - GSM: 0661665818
INPE: 101099901

Date de consultation : 08/03/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Jamaleddine Obamfi - 79

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

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 : Rabat, le 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-792459

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricole : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL

Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Date de dépôt : 29/03/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

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.																				
	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1508 882 1722 1019"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					G	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
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"/>																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

ORDONNANCE

Dr. Said BENOMAR
CARDIOLOGUE
3, Rue Sahel EL Aai
App N°3 - Rabat
Tel: 0637 72 56 91 - Gsm: 0661 66 58 18
INPE: 101099901

Rabat, Le: 28/3/13

↑ Janal Edoline
Jaalousie

↓ Diphénhydramine 1/10

Jan' Echo. Vitec
Cenca

Open -

Dr. Said BENOMAR
CARDIOLOGUE
3, Rue Sahel EL Aai
App N°3 - Rabat
Tel: 0637 72 56 91 - Gsm: 0661 66 58 18
INPE: 101099901

Docteur LEBBAR Adil
Cardiologue
61, Av. Faoued Oumeir, N° 4
Tel: 0524 42 12 12

7 Aich
0132991069

Dr A. Lakkas

Went EAC



CENTRE DE CARDIOLOGIE

Adultes - Enfants

Rabat, le : **29/03/2023**

Médecin Traitant : Dr BENOMAR

ATTESTATION D'HONORAIRE DE MONSIEUR MAAROUFI JAMAL EDDINE

LIBELLE	QTE	PRIX.U	MONTANT
Echo Doppler cervical	1	800 DH	800 DH
TOTAL			800 DH

Arrêté à la somme de : Huit cent Dirhams.

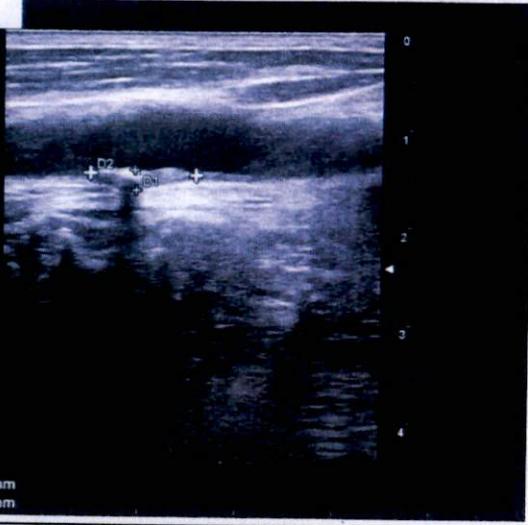
Signé : Dr. A. LEBBAR

Docteur LEBBAR Adil
Cardiologue
61, Av. Fal Ouled Oumeir, N° 4
Agdal - Rabat
Tél.

CENTRE DE CARDIOLOGIE DR LEBBAR-RABAT

29/Mar/2023
12:37:23

P 100% MI 1.2

P 44 mm G 50 %
PRC 10/1/2/1 PRS 1Vasculaire
L 3-11 Arteres2.1 mm
10.8 mm

CENTRE DE CARDIOLOGIE DR LEBBAR-RABAT

29/Mar/2023
12:36:23

P 100% MI 1.2

P 44 mm G 50 %
PRC 10/1/2/1 PRS 1Vasculaire
L 3-11 ArteresD st CID
DCID 2.1 mm



CENTRE DE CARDIOLOGIE

Adultes - Enfants

29/03/2023

Rabat, le :

ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU

INFORMATION PATIENT :

Non & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE
Date d'examen : 29/03/2023
Médecin traitant : Dr BENOMAR

Résultats :

A droite :

- La carotide primitive est d'aspect et de morphologie normale donnant Naissance à deux branches internes et externes avec présence d'une plaque calcifiée de la carotide interne.
- L'Echo-doppler note un flux de vitesse et de morphologie normale.

A Gauche :

- La carotide primitive est d'aspect et de morphologie normale donnant Naissance à deux branches internes et externes avec présence d'une plaque calcifiée du bulbe.
- L'Echo-doppler note un flux de vitesse et de morphologie normal.

Vertébrale gauche:

- Dominante

Conclusion :

Maladie athéromateuse avec plaques calcifiées sans sténose significative.

*Signé : Dr A. LEBBAR
Docteur LEBBAR
Cardiologue
61, Av. Fal Ouled Oumeir, N° 4
Agdal - Rabat*