

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° W21-712824

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : Royal Air Maroc	
Matricule : 11964			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELAYA Myriam			
Date de naissance : 01/11/1979			
Adresse : Casablanca		N° 84028	
Tél. : 06 618 581 36	Total des frais engagés : 711 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Rym RHAZLANE B.P. 10165785 Rue Oukaimden App. Casablanca Agdal Rabat	
Date de consultation : 14/10/2023	Nom et prénom du malade : BERRADA NIA Age : 26
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Vaccination	
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 Le : 14/10/2023
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
14/10/23	ls	1	300 Dh.	INP : DR. RIM RHAZLANE Dr. Rim Rhazlane Medecine 1 Bis Rue Oukaimeden, App. 3 El Mina El Agdal, Agdal-Rabat INPE : 101165785

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES NATIONS UNIES DR. BENAZZOZ EL KACIRI LHAM 19 Bis, Rue Joel Elayachi - Agdal - Rabat TEL : 0537 67 07 19	14/10/23	411,00 DH
	INPE N° 102045093	

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	

VOLET ADHERENT

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

<p>DENTAL ARCH DIAGRAM FOR DETERMINING MASTICATORY COEFFICIENTS</p> <p>Legend: H (High), G (Ground), B (Bottom)</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<p>DENTAL ARCH DIAGRAM FOR DETERMINATION OF AUXILIARY MEDICAL COEFFICIENTS</p> <p>Legend: H (High), G (Ground), B (Bottom)</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT AUXILIAIRE MEDICAL H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
DATE DU DEVIS <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

Docteur Rym Rhazlane

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

الدكتورة ريم غزلان

اختصاصية في طب الأطفال والرضع

خريجة كلية الطب بأميانت فرنسا

أمراض الدم و المماعدة عند الأطفال

الأمراض التعففية و المستعجلات

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 11/10/93 الرباط في

Berrakha Nia



411,00 DH

HEXAXIM :

1 vaccin



Dr. Rym RHAZLANE
 Pédiatre
 37 Bis, Rue Oukaimeden, Apt. 5
 3ème Etage, Agdal - Rabat
 Tél: 0537 67 15 55 Fax: 0537 67 15 66