

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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

W21-830671

complier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7742 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IZABEEL ABDELALIL
 Date de naissance : 16.02.1963
 Adresse : 6 rue 301, Ras Jout Agade
 Tél. : 56644912 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Zineb Ait Souss 4ème état
 13, Imm. Ait Souss Hassan II - Agade
 Tél : 05 28 84 84 84
 Date de consultation : 13 / 12 / 2023
 Nom et prénom du malade : IZABEEL ABDELALIL Age : 60 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dyslipémie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :
 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 : Agade Le : 13 / 12 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-830671

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).

Matricule : 7742
 Nom de l'adhérent(e) : IZABEEL
 Total des frais engagés : 500,00
 Date de dépôt : 13 / 12 / 2023

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
17/09/23	Cs20		200	 Signature: [Handwritten Signature]
	Z30		200	

[illegible][illegible][illegible]

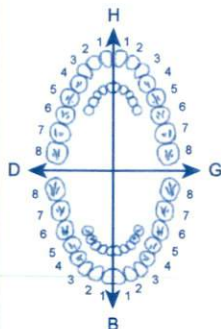
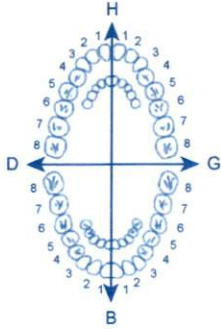
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>					COEFFICIENT DES TRAVAUX
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div> Montant des Honoraires </div> </div>					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zinelabidine ABOUELFADEL

Chirurgien Urologue
Diplômé de l'Université de Strasbourg - France
Spécialiste en Uro-oncologie
de l'Université de Colorado Denver - USA

الدكتور زين العابدين أبو الفضل

جراح المسالك البولية
خريج جامعة ستراسبورغ فرنسا
خبير علاج أورام المسالك البولية من جامعة كولورادو
دنفر - الولايات المتحدة الأمريكية

Note d'honoraires

Le : 13/12/23

Identité : Z. A. A. B. E. L. Abdelaziz

Clinique :

Pour : consultation spécialisée : 200,00dh

Echographie abdomino pelvienne : 300,00dh

~~500,00dh~~ 9680 10000

Montant : 500,00dh

Dr. Zinelabidine ABOUELFADEL
Chirurgien Urologue
13, Imm. Ait Souss 4ème étage
Avenue Hassan II - Agadir
Tél : 05 28 84 84 65

Dr Zinelabidine ABOUELFADEL

Chirurgien Urologue

Diplômé de l'Université de Strasbourg - France

Spécialiste en Uro-oncologie

de l'Université de Colorado

Denver - USA

الدكتور زين العابدين أبو الفضل

جراح المسالك البولية

خريج جامعة ستراسبورغ فرنسا

خبير علاج أورام المسالك البولية

من جامعة كولورادو دنفر

الولايات المتحدة الأمريكية

أكادير، في : 13/12/23

IZABEL AGDELAG

ECHGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE

VESSIE de contours réguliers , semi pleine

Prostate 30cc homogène

REINS de taille et écho structure normale sans calcul ou dilatation ;

CONCLUSION HBP

AK
Dr Zinelabidine ABOUELFADEL
CHIRURGIEN UROLOGUE
13 Imm. Ait Souss 4ème Etage
Avenue Hassan II - AGADIR
Tél 05 28 84 84 65

