

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.

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

19985

Déclaration de Maladie : N° S19-0049750

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11689 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT BAHADDOU SAIDA Date de naissance : 12-09-1972

Adresse : Jamila 5 Rue 10 N° 5 C D casa

Tél. : 06.60.46.97.61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/3/2024

Nom et prénom du malade : AIT BAHADDOU SAIDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 :

Le : / /

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
13/03/2011	C	1	200 Dt	Dr. Amine ARROUBI DENTISTE CONTRACTUEL Avenue de la Jamila 5 n° 181/Al 35-45-52-53-54-55-56-57-58-59-50 Tél. 03-05 22 58 52 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. LAHABD Mohamad Pharmacie LAHABD n° 181/Al 35-45-52-53-54-55-56-57-58-59-50 Casa Tél.: 05 22 58 52 46	13/03/2011	246.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G to				

Dr. Amina ARROUBI

OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata

Diplôme Universitaire

Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)

Diabétologie - Echographie

Spécialiste en Médecine du Sport

الدكتورة أمينة عروبي

الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة

حاصلة على دبلومات جامعية

طب النساء (فحص عنق الرحم, تأثير الإنجاب)

مرض السكري - الفحص بالصدى

أخصائية في الطب الرياضي

أخصائية في الطب الرياضي

Le 13-3-24

Mr (Mme)

ABT BA HADDOU SARDAA

1) Zeylax 130.30 mg/ml 140 ml



2) Enred 70.50 mg/ml 100 ml



3) Fehred 18.70 mg/ml 100 ml



4) Dr. a. f. 18.00 mg/ml 100 ml



total 246.50

LOT 230086
EXP 01/26
PPV:130DH30

LOT 122343/FC14
PER 05/2026
PPC 79,50

PHARMED LOT :1421
UT.AV : 01-27
PPV: 18DH70

PPV: 18DH00
PER: 08/26
LOT: M2726

Dr. Amina ARROUBI
OMNIPRATICIENNE
Tél. 05 22 56 56 46 - Email: dr.amina.arroubi@gmail.com
Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, en face pharmacie skiba

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email: dr.amina.arroubi@gmail.com

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, en face pharmacie skiba