

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.



Déclaration de Maladie
M23-0017603

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8529 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANACHAR ACCAL
Date de naissance : 12/04/40
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-017603

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-622620

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8529 Société : Detraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL

Date de naissance : 1/1/1959

Adresse : 66 Metro Ville CAN de FAR D CHAIRA EL Tinadia

Tél. : 0661659211

Total des frais engagés : 4200DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RACHID EL BAZ
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPEDISTE
Imm. Marhaba, Angle Bd. Abd. Chalkh Soudi
et Av. 29 Février 2° Etage Talharjt - AGADIR
Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 88 48

Date de consultation : 04.07.23

Nom et prénom du malade : ANACHAR ANOOR Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : section tendon flexionneur 1er doigt droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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) :

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
04.01.23	5		200011	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. RACHID EL BAZ TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE Imm. Marhaba, Angle Basse de la rue Moukht Saadi et Av. 29 Février 2 Etage Tolhoul - AGADIR Tél: 05 28 84 54 92 / 08 99 37 58 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. RACHID EL BAZ TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE Imm. Marhaba, Angle Basse de la rue Moukht Saadi et Av. 29 Février 2 Etage Tolhoul - AGADIR Tél: 05 28 84 54 92 / 08 99 37 58 48	04.01.23	720	200011

AUXILIAIRES MEDICAUX

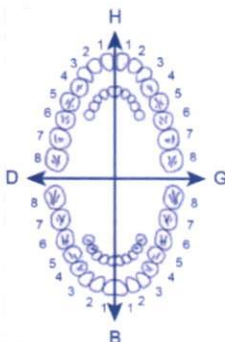
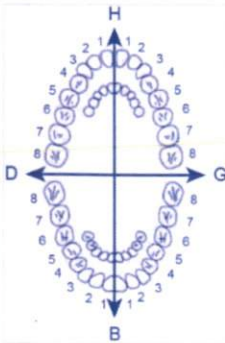
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				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 <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">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		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"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

الدكتور الباز رشيد

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الإجتماعي بأكادير



Agadir le : 04.02.23 : أكادير في :



ANachor ANowor

compte main medgenphu Mo in olh
- <f

absence de l'os osseuse

intubigus articulations respectes

Dr. RACHID EL BAZ
TRAUMATOLOGUE / ORTHOPÉDISTE
Imm. Marhaba, Angle Bd. Med. Cheikh Saadi
et Av. 29 Février 2^e étage Talborjt - AGADIR
Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

إقامة مرجبا الطابق الثاني زاوية شارع محمد الشيخ السعدي و شارع 29 فبراير * أكادير الهاتف : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48

Imm. Marhaba 2^e étage, Angle Bd. Med Cheikh Saadi et Av. 29 Février * Talborjt * Agadir

بالوعد - Sur Rendez vous - Tél. : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48

Dr. El BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hopital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

الدكتور الباز رشيد

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الإجتماعي بأكادير



Agadir le : 04 07 23 أكادير في



Note d'honoraires

Le docteur EL BAZ RACHID prie :

Nom : ANASSOR

Prénom : ANASSOR

D'accepter l'expression de sentiments distingués et Lui présente suivant l'usage de sa note d'honoraire pour :

Consultation C2 : 2000 Dh

Radiographie : Main gauche 2000 Dh
= 4000 Dh

Acte chirurgicale :

Plâtre :

S'élevant à la somme de : quatre - cent Quatre -

Signature

Dr. RACHID EL BAZ
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE
Imm. Marhaba, Angle Bd. Med. Cheikh Saâdi
et Av. 29 Février 2° Etage Talborjt - AGADIR
Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

إقامة مرحبا الطابق الثاني زاوية شارع محمد الشيخ السعدي و شارع 29 فبراير * تالبرجت * أكادير الهاتف : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48

Imm. Marhaba 2 éme étage, Angle Bd. Med Cheikh Saadi et Av. 29 Février * Talborjt * Agadir

بالوعد - Sur Rendez vous - Tél. : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48