

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 A.I.C. :

- 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 : adhésion@mupras.com

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-809121

ALC
TAX

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>8495</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<u>ESSA CHI</u>
Nom & Prénom : <u>ESSA CHI</u>			
Date de naissance : <u>14 MAIS 1965</u>			
Adresse : <u>ESSA CHI</u>			
Tél. : <u>0665 228516</u>			
Total des frais engagés : <u>334</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A. A. 21E/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>Doutreul EL BLIDI Samir</u>			
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 38, A Al Abtal 3ème Etage Apt N. 10 Agdal Rabat (Pres mosquée BADR)			
Date de consultation : <u>ESSA CHI</u>			
Nom et prénom du malade : <u>me Hachau</u>			
Age : <u>51</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Samir</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Chute</u>			
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 : RAM Le : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Samir

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-809121	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Ce volet à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <u>8495</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>ESSA CHI</u>
Total des frais engagés : <u>334</u>	
Date de dépôt : <u>08/08/2023</u>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Moustawsaf de Deltana Tél: 06 37 80 65 40 GSM: 06 40 99 66 16 4, Rue Deltana	04.07.13	35.40

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VIOLET ADHERENT

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

Docteur Samir EL BLIDI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Adultes - Enfants



Diplômé des Facultés de CAEN et MONTPELLIER

Spécialiste de la Chirurgie des Fractures - Prothèses
Arthroskopie - Chirurgie du pied - Orthopédie infantile

Ex-chef de service des hôpitaux de Bretagne (France)

الدكتور سمير البليدي

إخلاصي في جراحة العظام والمفاصل

كبار - أطفال

خريج كلية كان ومونولبي (فرنسا)

جراحة الكسر - الجراحة بالمجهر - المفاصل الإصطناعية

جراحة الرجل - جراحة عظام الأطفال

رئيس مصحة سابقاً بمستشفيات بروتاني (فرنسا)

Rabat, le 04 JUIL 2023

ENF ESSALHEI MED HABAN

1 Voltaren 25 10
35.40 750 300 x 10



38, شارع الإبطال، زاوية زنقة أم الريبع قرب جامع بدر - الطابق الثالث رقم 10 أكادير - الرباط - الهاتف: 05 37 68 07 77
38, Av. Al Abtal, angle rue Oum Rabie - 3ème étage - Appt n°10 (près de la mosquée Badr) - Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 68 07 77
Urgences : Contacter Clinique Agdal : 05 37 67 77 77

U N O V A R T I S

Voltaren®

25 mg

Diclofénac sodium

Antirhumatismal, Anti-inflammatoire

Voie orale

30 comprimés
enrobés
à 25 mg



LOT : M22154
EXP : SEP 2025
PPV : 35,40 DH

