

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

- 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.

M23-⁺021038

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10939 Société : 2098L26

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUAYAO DLHAM

Date de naissance : 6/1/73

Adresse : Lot ERASME D27 N° 23 Casab

Tél. : 0661 24 1442 Total des frais engagés : 1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhafid EL BOUTAHIRI
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE
Rés. Al Qods Appt 4 N°1 Av Med V Settat
ICE: 002027877000038
INPE: 061126298

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : El Ajj Farouk Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Constipation

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23-021038

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 :

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
6/3/24	5	1	Montant détaillé des Honoraires	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay Allouane 610523401625 GSM 0618976099 Lot Atlass N° 116 Settat	06.3.2024	169,00

INPE 062098819

ANALYSES - RADIographies

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. Abdelhalim EL BOUTAHIRI

Chirurgien Traumato-orthopédiste

Chirurgie de la main et du pied

Traumatologie de sport

Chirurgie du Rhumatisme

Arthroscopie

Ancien chirurgien de CHU Avicenne Rabat

Ancien chirurgien de l'hôpital Hassan II Settat



الدكتور عبد الحليم البوطاوري

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة الأطراف، اليد و القدم

الأعطال الرياضية و التهاب المفاصل

الجراحة بالمنظار

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني بسطات

Settat, le 06/12/24 سطات في

EL Aji - Farouk

82,00.

u/f Tsox 200 mg
1 gel 1) SV I am Repu

87,00

2/ Biflex SV
1 Ajix 1

Ts 169,00

Pharmacie Hay Allouane
Tél: 05 23 40 16 35 OSM 06 18 97 60 99
Lot Atlass N° 116 Settat
INPE 062098819

6 111263 060060

LOT N°: 0912
EXP: 02/2027
PPC: 87 DH

DR ABDELHALIM EL BOUTAHIRI
ORTHOPEDISTE
N°1 AV. MAD V SETTAT
05 23 40 16 35
06 18 97 60 99
INPE 062098819
LOT ATLOSS N° 116 SETTAT
05 23 40 16 35
06 18 97 60 99
INPE 062098819

ed V, 1^{er} étage, Appt 4 Settat - Tél : 05 23 40 29 00
إقامة القدس شارع محمد الخامس، الطابق الأول رقم 4 ، (قرب