

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

- Reclamation : 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 Étage 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° W19-578329

55194

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1345 Société : R.A.N

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABEROUCH Meryem

Date de naissance : 30/8/48

Adresse : AGADIR

Tél. : 0660304039 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABEROUCH MERYEM Age :

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

Nature de la maladie : chute au domicile

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 : AGADIR

Le : 25/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-578329

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 : 1345

Nom de l'adhérent(e) : ABEROUCH M

Total des frais engagés : 900

Date de dépôt : 2/11/20

Traumatisme

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
06/10/2020	Médecin - Cu ple -		cu ple 100,00	INF : [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de France Abdelrahim Bouabla AMISQUA ACADIR Tél: 05 28 22 54 83	15/10/2020	600,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/10/2022	2x	20.00

[illegible]

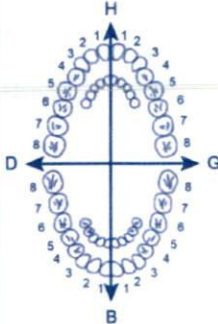
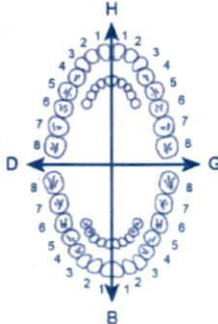
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>								
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

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

- Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Médecine de Marseille - France
- Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
- Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir



- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحة بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- جراح بمصحة الضمان الإجتماعي بأكادير

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Agadir, le 28 / 10 / 2012

Mr, Mme : *Abdouche Mohamed*

Indication : *1° de l'orteil de pied dg*

Resultat : *2° de l'orteil de (F+P)*

→ pour info :
1° de l'orteil de pied dg
de l'orteil de l'orteil de l'orteil

Dr. DOUMA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
B 21 Imm. Yassmine - Angle Av. Moukaouama - AGADIR
Tél: 0528233523 / 0661513642
INP: 0910370360
ICE: 002044535000000

Dr. DOUMA Younes

Chirurgien d'orthopédiste Traumatologue

Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Médecine
de Marseille - France
Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir



الدكتور دومة يونس

جراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحية بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- جراح بمصلحة الضمان الإجتماعي بأكادير

NOTE D'HONORAIRE

Agadir, le 26/10/2020

présenté à M: ABEROUCH MERYEM

la note d'honoraires s'élevant à la somme de: 100 ABLATION du

plâtre 200 DH Rx

300 DH

Dr. DOUMA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
B21 Imm. Yasmine, Angle Av. Qadi Ayad
et Bd. Moukaouama AGADIR
Tél: 06 28 23 35 23 / 06 61 51 36 42
INP: 091037036
ICE: 002044535000061

Signature et cachet:

Dr. DOUMA Younes

Chirurgien d'orthopédiste Traumatologue

- Dipômé de la faculté de Medecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Medecine de Marseille - France
- Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
- Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir



الدكتور دومة يونس

جراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحة بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- جراح بمصحة الضمان الإجتماعي بأكادير

15 OCT 2020

Agadir, le

Mr ou Mme :

17/ Athre soussigné de
le docteur

15

Pharmacie de France
Ed. Abderrahmane Bouâabid
Amsema Agadir
Tél: 05 28 22 54 83

DR. DOUMA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue
et Bd. Moukaouama Agadir
Tél: 05 28 23 35 23 / 06 61 31 042
MP: 06 61 31 042
ICE: 002044355000061

رقم 21 عمارة الياسمين - ملتقى شارع المقاومة وزينة القاضي عياض فوق بنك (BMCE) - أكادير الهاتف : 05 28 23 35 23

الإيميل : doumayoun@gmail.com doumayoun@yahoo.fr

N° 21, Imm, A Résidence Yassmine - Angle Av. Moukaouama et Rue Qadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) Agadir

Tél: 05 28 23 35 23 - E-mail: doumayoun@yahoo.fr - doumayoun@gmail.com

Réf. 2337 02

23370220100302



Gauche
Left
Links



1

Taille/Size/Größe



(01)03401043475164(10)1056890

26/10/2020
ME