

# 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

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° M21- 0005798

- Maladie
  Dentaire
  Optique
  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 884 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : FALH IDRIS  
 Date de naissance : 65105  
 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 :  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 N° M21-005798

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 :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		Montant des soins
	D	G	
	25533412	21433552	Date du devis
	00000000	00000000	
00000000	00000000	Fin d'exécution	
35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

<b>VOLET ADHERENT</b> NOM: .....		Mle	
<b>DECLARATION N°</b> P 17 / 048480		Cachet MUPRAS	
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 048480

DATE DE DEPOT

/ / 2021

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 0884	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom		TALMI TADOK	
Fonction	RETRAITÉ	Phones 06 2 608341	
Mail			

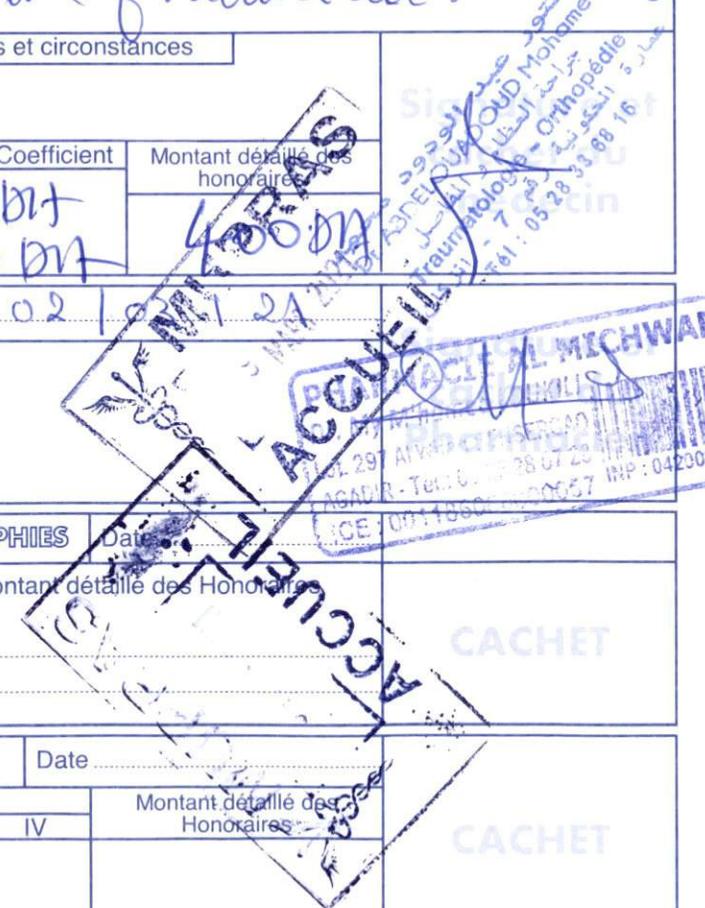
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient EL AGZI Fatime	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	54 ANS	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Contrôle d'une fracture des racines		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2	200 DT	400 DT
Z15	200 DT	

<b>PHARMACIE</b>	Date	02 / 03 / 2021
Montant de la facture		638,20

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	

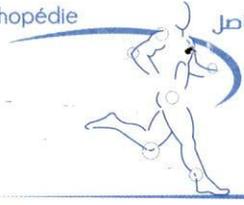
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET



Dr. ABDELOUADOUD Mohamed  
Médecin Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

- Ex Médecin à l'hôpital Brugmann Bruxelles
- Ex Médecin à l'hôpital Ibn Rochd Casablanca
- Ex Médecin à l'hôpital Provincial de Taroudant

- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie du sport
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main et des nerfs périphérique



الدكتور عبد الودود محمد  
اختصاصي في أمراض و جراحة العظام و المفاصل

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بريكمان بروكسيل
- طبيب سابق بالمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
- طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي بتارودانت

- الجراحة التقويمية للمفاصل
- الطب الرياضي
- الجراحة بالمنظار
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية

Inzegane le : 02/03/2021 : إنزكان في :

م.م. Assi Fatima



42.20x1

1 - Solat

141; Alhair

149.00x4

2 - ARTINOV

638.20 1 fellul + 21, 2mon

الدكتور عبد الودود محمد  
Dr. ABDELOUADOUD Mohamed  
جراحة العظام و المفاصل  
Traumatologie - Orthopédie  
عمارة الحكونية رقم 7  
05 28 33 68 16

Im. El Hagounia N°7 BD. Moukhtar Soussi - INZEGANE

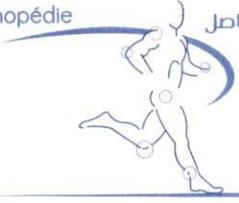
عمارة الحكونية رقم 7 - شارع المختر السوسي قرب المحطة الطرقية إنزكان

☎ 05 28 33 68 16 - ☎ 06 62 07 84 94 - ✉ abdelouadoud.med@gmail.com

Dr. ABDELOUADOUD Mohamed  
Médecin Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

- Ex Médecin à l'hôpital Brugmann Bruxelles
- Ex Médecin à l'hôpital Ibn Rochd Casablanca
- Ex Médecin à l'hôpital Provincial de Taroudant

- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie du sport
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main et des nerfs périphérique



الدكتور عبد الودود محمد  
إختصاصي في أمراض و جراحة العظام و المفاصل

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بريكمان ببروكسيل
- طبيب سابق بالمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
- طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي بتارودانت

- الجراحة التقيومية للمفاصل
- الطب الرياضي
- الجراحة بالمنظار
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية

## BON DE RADIOLOGIE

Nom, Prénom .....

EL ASRI Fatima

Examens Demandés .....

Rx Avant Bray

Compte Rendu .....

Consolidé bien au foyer  
fracturaire

Fait à Inzegane le :

02/03/2021

الدكتور عبد الودود محمد  
Dr. ABDELOUADOUD Mohamed

جراحة العظام و المفاصل  
Traumatologie - Orthopédie

عمارة الحكونية رقم 7 - إنزغان

Tél : 05 28 33 68 16

Imm. El Hagounia N°7 BD. Moukhtar Soussi - INZEGANE

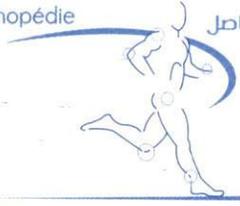
عمارة الحكونية رقم 7 - شارع المختار السوسي قرب المحطة الطرقية إنزغان

☎ 05 28 33 68 16 - ☎ 06 62 07 84 94 - ✉ abdelouadoud.med@gmail.com

Dr. ABDELOUADOUD Mohamed  
Médecin Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

- Ex Médecin à l'hôpital Brugmann Bruxelles
- Ex Médecin à l'hôpital Ibn Rochd Casablanca
- Ex Médecin à l'hôpital Provincial de Taroudant

- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie du sport
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main et des nerfs périphérique



الدكتور عبد الودود محمد  
إختصاصي في أمراض و جراحة العظام و المفاصل

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بريكمان بروكسيل
- طبيب سابق بالمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
- طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي بتارودانت

- الجراحة التقيومية للمفاصل
- الطب الرياضي
- الجراحة بالمنظار
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية

Inzegane le : 02/03/2021 : إنزكان في :

note d'honorarie

Drme EL ASRI Fatima

Consultation + Rx

C<sub>2</sub> + Z<sub>10</sub>

200DH + 200DH

= 400DH

الدكتور عبد الودود محمد  
Dr. ABDELOUADOUD Mohamed  
جراحة العظام و المفاصل  
Traumatologie - Orthopédie  
عمارة الحكونية رقم 7 - إنزكان  
Tél: 05 28 33 68 16

Imm. El Hagounia N°7 BD. Moukhtar Soussi - INZEGANE

عمارة الحكونية رقم 7 - شارع المختار السوسي قرب المحطة الطرقية إنزكان

☎ 05 28 33 68 16 - ☎ 06 62 07 84 94 - ✉ abdelouadoud.med@gmail.com

# CALCIFIX®

CALCIUM + VITAMINE



## COMPOSITION PAR COMPRIMÉ :

Carbonate de calcium  
correspondant à  
calcium-élément ...500 mg  
Cholécalciférol enrobé à  
100 000 UI/g correspondant  
à cholécalciférol...400 UI

## EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE :

Aspartam, sorbitol,  
saccharose.

سوثيما  
Sothema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
L. TAZI, Pharmacien Responsable

4220



**ARTINOV®**

**ARTINOV®**

**CONSEILS D'UTILISATION :**

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

Produit et Distribué par

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
Maroc

**ARTINOV**

**P.P.C : 149 DH**

**Ut av:07/23 Lot: AR13**

**BIOXP**ERT

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
PRO

**ARTINOV®**

**ARTINOV®**

**CONSEILS D'UTILISATION :**

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

Produit et Distribué par

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
Maroc

**ARTINOV**

**P.P.C : 149 DH**

**Ut av:07/23 Lot: AR13**

**BIOXP**ERT

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
PRO

**ARTINOV®**

**ARTINOV®**

**CONSEILS D'UTILISATION :**

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

Produit et Distribué par

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
Maroc

**ARTINOV**

**P.P.C : 149 DH**

**Ut av:07/23 Lot: AR13**

**BIOXP**ERT

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
PRO

**ARTINOV®**

**ARTINOV®**

**CONSEILS D'UTILISATION :**

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

Produit et Distribué par

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
Maroc

**ARTINOV**

**P.P.C : 149 DH**

**Ut av:07/23 Lot: AR13**

**BIOXP**ERT

LES LABORATOIRES  
**BIOXP**ERT  
PRO