

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-611456

69716

Don
complet

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DINIA RACHID

Date de naissance : 18/11/1948

Adresse : Rue Mohamed Belhassen EL OUAZZANI
Residence LOTTA Appr 36 Rabat-Madinet

Tél : 0661 409541 Total des frais engagés : 790,00 dh

Cadre réservé au Médecin Docteur LACHKAR AZZOUZ

Professeur d'Urologie
Chirurgien Urologue
46, Av. de France, N°4, Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 77 02 22

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/02/2021

Nom et prénom du malade : DINIA RACHID Age :

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

Nature de la maladie : ACCIDENT

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 15/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-611456

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
2002/2021	CS		9000H	Dr. LACHKAR AZIZ Professeur d'Urologie Chirurgien Urologue 46 Av. de France, N° 4, Agdal Rabat - Tél.: 05 37 77 02 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/2/2021	590,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan d

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																	
	<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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur LACHKAR Azzouz

Professeur d'urologie
Chirurgien Urologue

Ex professeur à la faculté de médecine-Rabat
Ex praticien hospitalier au CHU Ibn Sina-Rabat
Ex chirurgien urologue attaché au CHU de Rouen-France

Chirurgie des Reins, Voies Urinaires et génitales
Reins, Vessie, Prostate, Appareil génital
Calculs des voies urinaires - Lithotripsie extra corporelle
Cancérologie urologique et génitale
Stérilité masculine, Impuissance sexuelle, Circoncision
Endoscopie des voies urinaires

الدكتور لشقار عزوز

أستاذ جراحة المسالك البولية
إختصاصي في أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية والتناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب - الرباط
جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط
جراح سابق بالمستشفى الجامعي بروان - فرنسا
جراحة الكلي، المسالك البولية و التناسلية
أمراض و جراحة البروستاتا
جراحة و تفتيت حصي الكلي و المسالك البولية
جراحة وعلاج سرطان الكلي، المسالك البولية والجهاز التناسلي
العقم عند الرجل، العجز الجنسي، الختان
الفحص و العلاج بالمنظار

Rabat , le : 10.02.2021

Mrs Dina Rachid

PHARMACIE BELMAHI
صيدلية بين الماساحي
Dr. Hanae EL HARIM (ép. BELMAHI)
1, Rue Tonkin, Av. Madagascar
Dr. Hanae EL HARIM - Tél: 05 37 72 26 50
Diour Jamaâ-Rabat - INPE: 102014552

PHARMACIE BELMAHI
صيدلية بين الماساحي
Dr. Hanae EL HARIM (ép. BELMAHI)
1, Rue Tonkin, Av. Madagascar
Dr. Hanae EL HARIM - Tél: 05 37 72 26 50
Diour Jamaâ-Rabat - INPE: 102014552

- Iprost

1x180j (le soir au
coucher)

Docteur LACHKAR AZZOUZ
Professeur d'Urologie
Chirurgien Urologue
46, Av. de France, N°4, Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 77 02 22

Avenue de France, Résidence Atlas 46, Appt. N°4, Agdal - Rabat
Près de la station du Tramway « Avenue de France »

شارع فرنسا، إقامة الأطلس رقم 46، شقة رقم 4
قرب محطة ترامواي "شارع فرنسا" أكدال - الرباط

Tél.: 0537 77 02 22 : الهاتف
GSM : 06 68 83 13 86 : المحمول

gée

PPV : 147,50 DH

ée

PPV : 147,50 DH

gée

PPV : 147,50 DH

IE

PPV : 147,50 DH