

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-635558

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12631 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMARA ICIASS

Date de naissance :

Adresse : Residence de Céleste Jm 13 Apt 13

Riad Ouled DÉTAA TÉMAZ

Tél. : 06132614 06

Total des frais engagés :

600,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ALLAL BEN ABDELLAH
Mehaj Roudi N° 6 Apt. 3
Hay Riad - Rabat
TÉL.: 0537 563 807

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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.

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 :

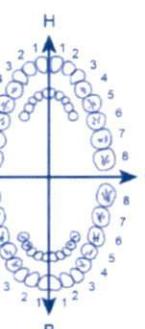
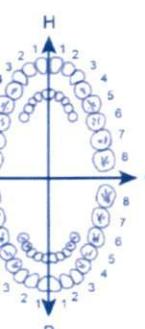
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/06/2021

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
JUIN 2021			300	INP :  Dr. Hocine EL ALOUAYAH  M101123388 Date : 01/07/2021 Opt. 3 TEL : 0537 563 807

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ortholet</i>	1 JUIN 2021	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur N. BOUTEILLE 50CRATE SOCIETE Centre de Radiologie SOCIETE Tél : 05 37 64 01 02	34/06/2011	R. Chaville FIP	30.00 € HT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE										
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						
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Docteur Hourya EL ALAOUI SAYAH

Rhumatologue



الدكتورة حورية العلوي السايج

أخصائية في أمراض المطام، المفاصل والعمود الفقري

- ① Echographie ostéoarticulaire
- ② Troubles statiques du rachis
- ③ Appareillage des handicapés moteurs
- ④ DU de médecine physique et de réadaptation

Rabat, le

08 Juin 2021



1 0 1 1 2 3 3 8 8

Mr. AMARA ILIASS

FAIRE SVP

RX CHEVILLES F + P

Dr. Hourya EL ALAOUI SAYAH
Mahaj Riad, Immeuble 2, Appartement 3
Télé: 0537 563 807
pp. 3

Docteur N. ED FAÏZ
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02

📍 Mahaj Riad, Immeuble 2, Appartement 3
à côté de Paul en face de la BMCI Hay Riad - Rabat
ICE : 00155643100001061

+212 (0) 537 563 807
elalaouihourya@yahoo.fr



عيادة الراديوولوجي سocrates
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديوولوجي
خريج كلية الطب بباريس
Dr Noure-Ddine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

le 14/06/2021

Mr. AMARA ILLASS

Médecin Traitant : DR EL ALAOUI
SAYAH HOURYA

RX CHEVILLE DROITE F/P:

- Pas de lésion osseuse traumatique visible .**
- Minéralisation osseuse normale .
- Respect des corticales.
- Absence de lésion osseuse focale suspecte.
- Respect des interlignes articulaires.**
- Pas d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

DR. N.E.D. FAIZ / SOCRATE Radiologue.

*Docteur NED FAIZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tel : 05 37 64 01 02*



عيادة الراديوولوجي سocrates
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديوولوجي
خريج كلية الطب بباريس
Dr Noure-Ddine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Neuroradiologue
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

Le 14/06/2021

Facture N ° : 4908/21

Nom et prénom : Mr. AMARA ILIASS

Examen(s) réalisé(s) :

RX CHEVILLE F/P

Montant : 300 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de **TROIS CENTS DHS.**

Merci de votre confiance.

DR. NED FAIZ

Docteur N. ED. FAÏZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02