

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 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- 0060600

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 116309
 Nom & Prénom : ELADALI THAMI
 Date de naissance : 01.01.1947
 Adresse : BLOC H N° 116 Hassania Kenitra
 Tél. : 0664 234684 Total des frais engagés : 784 Dhs

Cadre réservé au Médecin

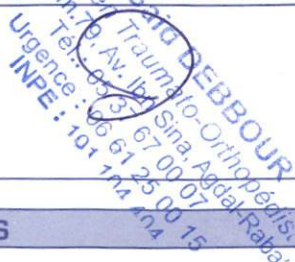
Cachet du médecin : Dr. Saïd DEBBOUR
 Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
 N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat
 Tél.: 05 37 67 00 07
 Urgence : 06 61 25 00 15
 Date de consultation : 28 AVR 2022
 Nom et prénom du malade : HASSI Nagla Age: 74
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sonartrorse droite
 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 : Rabat Le : 28/04/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
28 AVR 2022	CS KS		300,00 400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/04/2022	80,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

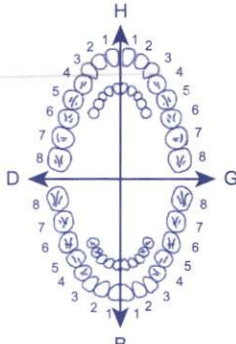
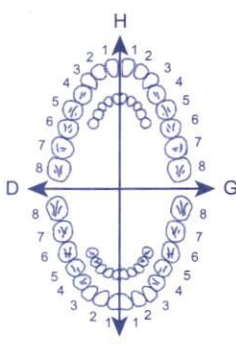
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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'EXECUTION

Docteur DEBBOUR Said
Spécialiste en
Traumatologie-Orthopédie

Ancien Chirurgien Militaire - HMIM (Rabat)
Diplômé en Pathologie de Sport (Paris)
Master 2 en Génie Biomécanique (Lyon)

Expertise :

Artroscopie et Pathologie de Sport
Chirurgie conservatrice des articulations



الدكتور سعيد دبور

أخصائي في أمراض
و جراحة العظام و المفاصل

جراح سابق بالمستشفى العسكري (الرباط)
دبلوم في الطب الرياضي (باريس)
ماستر 2 في الميكانيكا الحيوية (ليون)
خبرة :

جراحة بالمنظار و الطب الرياضي
جراحة محافظة للمفاصل

Rabat le

28 AVR. 2022

ORDONNANCE

HADRI NAJIA (74 ANS)

1 - THERAMAG B6

1 x 1 fois / jour, pendant 30 jours



(LE SOIR)



Dr. Said DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 62 06 07
Urgence : 06 61 25 00 15
INPE : 101 104 404

Prochain RDV le :
008833-013989

الموعد القادم :

العنوان : رقم 9 عمارة 79، شارع ابن سينا - أكدال - الرباط

Adresse : N° 9, Imm 79, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat

النقل : 06 61 25 00 15 / البريد الإلكتروني : cabinet.debbour@gmail.com

Docteur DEBBOUR Said
Spécialiste en
Traumatologie-Orthopédie

Ancien Chirurgien Militaire - HMIM ٧ (Rabat)

Diplômé en Pathologie de Sport (Paris)

Master 2 en Génie Biomécanique (Lyon)

Expertise :

Artroscopie et Pathologie de Sport

Chirurgie conservatrice des articulations



الدكتور سعيد دبور

أخصائي في أمراض

و جراحة العظام و المفاصل

جراح سابق بالمستشفى العسكري (الرباط)

دبلوم في الطب الرياضي (باريس)

ماستر 2 في الميكانيكا الحيوية (ليون)

خبرة :

جراحة بالمنظار و الطب الرياضي

جراحة محافظة للمفاصل

Rabat le **28- AVR. 2022**

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Said DEBBOUR souhaite un bon rétablissement à M^{me}.
HADRI NAJIA, et lui présente selon l'usage, sa note d'honoraire,
s'élevant à la somme de 700,00 DH (sept cents dirhams).

Et ce pour les actes suivants :

- C2
- K5

Et la prie d'agréer l'expression de ses meilleurs sentiments.

Signé :
Dr. Said DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
N°9, Imm. 79, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 06 62 07 88 22 / 06 61 25 00 15
Urgence : 06 61 25 00 15
INPE : 101 184 404

العنوان : رقم 9 عمارة 79، شارع ابن سينا - أكدال - الرباط

Adresse : N° 9, Imm 79, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat

النقل : 06 61 25 00 15 / 06 62 07 88 22 / البريد الإلكتروني : cabinet.debbour@gmail.com

Docteur DEBBOUR Said
Spécialiste en
Traumatologie-Orthopédie

Ancien Chirurgien Militaire - HMIM (Rabat)
Diplômé en Pathologie de Sport (Paris)
Master 2 en Génie Biomécanique (Lyon)

Expertise :
Artroscopie et Pathologie de Sport
Chirurgie conservatrice des articulations



الدكتور سعيد دبور

أخصائي في أمراض

و جراحة العظام و المفاصل

جراح سابق بالمستشفى العسكري (الرباط)

دبلوم في الطب الرياضي (باريس)

ماستر 2 في الميكانيكا الحيوية (ليون)

خبرة :

جراحة بالمنظار و الطب الرياضي

جراحة محافظة للمفاصل

Rabat le 28 AVR. 2022

COMPTE-RENDU

Nom et prénom :

hadri najia

Diagnostic :

gonarthrose DROITE

Traitement :

infiltration au diprosthène K5

Dr. Said DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
N°9, Imm. 79, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél.: 05 21 67 00 07
Urgence : 06 61 25 00 15
INPE : 101 104 404

العنوان : رقم 9 عمارة 79، شارع ابن سينا - أكدال - الرباط

Adresse : N° 9, Imm 79, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat

النقل : 06 61 25 00 15 / 06 62 07 88 22 / البريد الإلكتروني : cabinet.debbour@gmail.com