

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

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° W21-715258

119346

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
F581

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AM GHAR L'ehoucine

Date de naissance :

01/01/1984

Adresse :

Bloc 3 n° 17 HAY EL Jdid
Azzouz dit Melloul

Tél. : 0666719300

Total des frais engagés : 344,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

01 JUIN 2022

Nom et prénom du malade :

Mr. AM GHAR L'ehoucine Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie osseuse

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 : 01/06/2022

Le : 01/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-715258

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
1 JUIN 2022	S		7950,00D	INP : 1513215 د/ر الطالب المدعي العودة الفوري الموافق ٢٠٢٢/٦/١ NPE: 081032151

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Najat MOURAD 13 Bis Bldg. Azrou An Mellouli 24 27 32	01/06/22	94,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

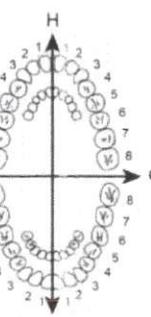
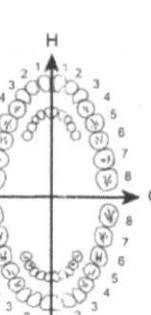
VOLET ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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													
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				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

Dr. MOHAMED EL MALKI

NEUROCHIRURGIEN - Adultes & Enfants

Ex. Neurochirurgien aux hôpitaux de France (Nancy)

Ex. Neurochirurgien à l'hôpital Hassan II - Agadir

Neurochirurgien à la polyclinique CNSS - Agadir

DU d'électroencephalogramme - DU de microchirurgie

Du de stéréotaxie cérébrale - DU de l'expertise

médicale et de la réparation

des dommages corporels



الدكتور محمد المالكي

جراح الدماغ والأعصاب والعمود الفقري - كبار وصغار

جراح سابق بمستشفيات فرنسا

شهادة جامعية في الجراحة المجرية

جراح الدماغ والأعصاب بمستشفى الحسن 2 - أكادير سابقًا

جراح الدماغ والأعصاب بمحضنة الضمائر الاجتماعي - أكادير

شهادة جامعية في الجراحة التخيسية للدماغ

شهادة جامعية في الخطيط الكهربائي للدماغ

شهادة جامعية في الخبرة الطبية

Agadir le :

01 JUIN 2022

Dr. Mohamed El Malki

94.00

-1

Myofix

β 20

1 - 0 - 1



Batch No./Exp./PPV dhs 00

94,00

الدكتور محمد
المالكي
والأعصاب والعمود الفقري
6 الطريق الذي يحيى عماره برج الحكمة
أكادير / الهاتف: 05 28 22 22 19
INPE: 091032151

RDV:

01/11/2022

الموعد:

عمارة برج الحكمة الطابق الثاني رقم 6 شارع الحسن الأول (قرب دار الضربية) الدخلة أكادير - المغرب

Immeuble Borj Al Hikma 2ème étage N°6; boulevard Hassan I, 80 000, Dakhla Agadir - Maroc

Tél / fax: 05 28 22 22 19 - Email: neurochirurgien.elmalki@gmail.com