

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.

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° W21-716888

121281

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____
 Matricule : 11694 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : HACHIMI KHALID
 Date de naissance : 17/02/1970
 Adresse : 32, RUE SOUS, QUARTIER CUBA CASABLANCA
 Tél. : 0672963256 Total des frais engagés : 485,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin
 Cachet du médecin : **Dr. ABDELALI Abdelhadi**
 Médecin généraliste
 16, avenue El Haouz, 1er étage
 Mokaddoum - Rabat
 Tél. : 05 37 65 90 16
 MÉDECIN AGRÉÉ CONTRÔLEUR CNSS
 MPE : 101169001
 ICE : 00184446800037
 IF : 14455816
 RC : 805 - CNSS : 9096307
 Date de consultation : 11/02/2022
 Nom et prénom du malade : SAADAOUI RAJAA Age : _____
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Gastro-entérite dorsale aiguë / Hépatite
 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 : Casablanca Le : 04 / 07 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

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
11/06/22			128,00	Dr. ABDELALI Abdeljalil Médecin généraliste 16, avenue El Haouy, 1er étage Takaddoum, Rabat Tél.: 05 37 65 90 16

INP : _____
MÉDECIN AGRÉÉ CONTRÔLEUR CNSS
 INPE : 101169001
 ICE : 001844468000037
 IF : 14455816
 RC : 805 CNSS : 9096307

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/22	338,92

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	

ET ADHERENT

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

M^{le}: 11694
Docteur ABDELALI Abdeljalil
Médecine Générale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
DIU de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Médecin Agréé pour la Visite Médicale
pour le Permís de Conduire
Echographie - Electrocardiographie
Adultes et Enfants

الدكتور عبد العالی عبد الجلیل
طب عام
خريج كلية الطب بالرباط وبوردو
طبيب معتمد للفحص الطبي للقدرة على السياقة
الفحص باللايكوغرافية و تخطيط القلب
لكبار والصغار

Rabat le 11/06/2022 10:02

SAADAOUI RAJAA

99.00
30.50
97.00
37.00
92.00

- 1) PRODEFEN sachets : 1 sachet par jour (1boite)
- 2) IMODIUM 2 mg gél :
prendre 2 gélules d'emblée, puis une gélule après chaque selle li
dépasser 6 gél. / jour)
- 3) ARTYX comprimés 15 mg:
1 comprimé par jour à prendre au milieu des repas pendant 14
- 4) ACETHIO 500mg comprimés:
1 comprimé Matin Midi et Soir pendant 7 jours
- 5) RACIPER 20mg:
1cp par jour le matin avant le petit déjeuner pendant 14 jours

PRODEFEN
Complément alimentaire
Lot: _____
Date de Fab: _____
Date de Pér: _____
PPC: 99 Dhs

IMODIUM 2MG GELL
20 Gél
P.P.V : 30DH50
Lot: 21E017
PER: 11 2026

87,40

P.P.V : 37,00
LOT : _____
EXP : _____

PPV: 82 DH 10

5 Médicament(s) non renouvelable(s) et non substituable(s) sans un avis
cas d'intolérance ou d'allergies prière de contacter votre médecin ou les

Dr. ABDELALI Abdeljalil
Médecin généraliste étage
16, avenue El Haouz - Takadoum - Rabat
Tél.: 05 37 65 90 16

MÉDECIN AGRÉÉ CONTRÔLEUR CNSS
INPE : 101169001
ICE : 001844468000037
IF : 14455816
RC : 805 - CNSS : 9096307

INPE 101169001 - ICE : 001844468000037 - RC: 805 - IF: 14455816 - TP:25947805

Rendez-vous de contrôle à respecter le : à

16, Avenue Al Haouz, Gpe Argane - Takadoum - Rabat
(en face de la CNSS) INP : 101169001
Tél. : 05 37 65 90 16

16، شارع الحوز، مجموعة أركان حي التقدم - الرباط
(قبالة الضمان الإجتماعي)
الهاتف : 05 37 65 90 16