

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE FOUR

## 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° M21- 042120

128339

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADDALI THAMI

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : RLOC H. N. 116 Lot Haouzia

Tél. : 0664234684 Total des frais engagés : 925 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Saïd DEBBOUR

Cachet du médecin :

Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste  
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat  
Tél.: 05 37 67 00 07  
Urgence : 06 61 25 00 15  
01 SEP 2022

Date de consultation : 01 SEP 2022

Nom et prénom du malade : Hassan Haggui Age : 24

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

Nature de la maladie : Sonarthrose gauche

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 : 01/09/2022

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
01 SEP 2022			3010	Dr. Saïd DEBBOUR Chirurgien Traumatologue N°9, Ibn Sina, Agdal-Rabat Tél.: 65 37 67 00 07 Urgence : 06 61 25 00 15 INPE : 101 104 404

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/2022	625,-

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS															
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															

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 V (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**

**وجراحة العظام والمفاصل**

جراح سابق بالمستشفى العسكري (الرباط)

دبلوم في الطب الرياضي (باريس)

ماستر 2 في الميكانيكا الحيوية (ليون)

خبرة :

جراحة بالمنظار والطب الرياضي

جراحة محافظة للمفاصل



Rabat le .....

**ORDONNANCE**

**01 SEP. 2022**

**HADRI NAJIA (74 ANS)**



**1 - ARCOXIA 90 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ**

1 x 1 fois / jour, pendant 14 jours

**2 - RELAXOL 500 MG /2MG, COMPRIMÉ**

2 x 3 fois / jour, pendant 5 jours

**3 - NOCICEPTOL**

1 x 2 fois / jour, pendant 10 jours

**4 - OEDES GELULE À 20 MG**

1 x 1 fois / jour, pendant 14 jours

**(APRES REPAS)**

**(AUX**

**LE MATIN AVANT REPAS)**

**Dr. Said DEBBOUR**

Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste  
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat

Tél.: 05 37 67 00 07

Urgence : 06 61 25 00 15

INPE : 101 104 404

**Prochain RDV le :**  
008833-014724

**الموعد القادم :**

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

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

E-mail : cabinet.debbour@gmail.com : البريد الإلكتروني / Mobile : 06 62 07 88 22 / 06 61 25 00 15 : النقال