

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

- 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° W19-556781

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6617 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bensmane Azzidine

Date de naissance : 17-06-1961

Adresse : C. Rue IBN HAJAR App't n° 11 AGDAL / RABAT

Tél. : 06 61 48 66 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zoubida ALIOUA
Dermato - Vénérologue
8, Rue Amman - Rabat
Tél. : 0537 70 35 42-GSM: 0655 39 29 29

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/09/2022

Nom et prénom du malade : Bensmane Olita Age : 60

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

Nature de la maladie : chronique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-556781

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
21/09/2022	CS		300700	INF [] [] [] [] [] []

INP

10130

Dr. Zoubida ALIOUA
Dermato - Vénérologue
8, Rue Amman - Rabat
770 35 42 GSM: 0655 39 29 29

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	211,20
	24/09/22	39,70

[illegible][illegible]

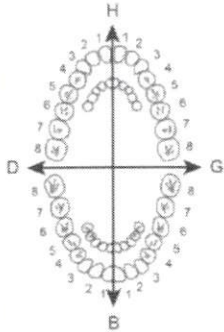
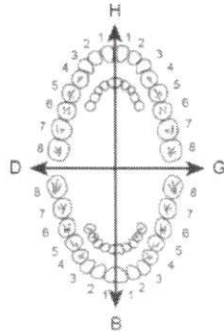
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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 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 <input type="text"/>
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

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.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from left to right. The bridge is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from left to right.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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 Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue
à l'Hôpital Militaire de Rabat
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles
Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique
Traitement par LASER



الدكتورة زبيدة عليوة ح الصندي

طبيبة اختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط
نساء - رجال - أطفال
اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
اختصاصية في الأمراض المنقولة جنسيا والحساسية
جراحة الجلد - طب التجميل
العلاج بالليزر

Rabat le : : الرباط في

24/09/2022

Mlle BENOSMANE GHITA

73.40 1 - ERLUS 5MG

un cp par jour pendant 30 jours le matin

88.40 2 - AIRLIX 10MG

un cp par jour pendant 30 jours après midi

49.40 3 - TARAXET CP 25 MG (24, 70 + 2)

(chaque jour(s), 1 COMPRI ME au coucher, pendant 2 Mois

1211,20

281. AV. AMMAN II - Rabat
Tél: 05 37 72 49 03
PHARMACIE EL AMINE

Dr. Zoubida ALIOUA
Dermato - Vénérologue
8, Rue Amman - Rabat
Tél: 0537 72 49 03 GSM: 0655 39 29 20

8, زنفة عمان. شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8, Rue Amman, Av. ALLAL Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف : 05 37 70 35 42 - Tél : 05 37 70 35 42 - النقال : 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني : zoubida.alioua@gmail.com

ICE : 001634498000062 - INP : 101101632

↑ 73,40



↓
24,70



↓
24,70

Docteur Zoubida ALIOUA ép. Sandi

Ex. Médecin Capitaine Dermatologue
à l'Hôpital Militaire de Rabat
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
(Femmes - Hommes - Enfant)

Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux, des Ongles
Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique - Médecine Esthétique
Traitement par LASER



الدكتورة زبيدة عليوة ح الصندي

طبيبة اختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط
نساء - رجال - أطفال
اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
اختصاصية في الأمراض المنقولة جنسيا والحساسية
جراحة الجلد - طب التجميل
العلاج بالليزر

Rabat le : 24/09/2022 : الرباط في

Dr Benomane Oute

(5)
39,70

فوسيدين 2%
2 po 15 jours
oville

PHARMACIE EL AMMAN
281, Av. Mohammed VI - Rabat
Tél: 05 37 72 49 32

فوسيدين 2%
كريم أنبوب من 15 غ

↓
39,70

8. زنقة عمان، شارع علال بن عبد الله، درج س الطابق الثالث الرباط - (أمام فندق الملكي)

8. Rue Amman, Av. ALLAL Ben Abdellah, Escalier C, 3ème étage - RABAT (Face à l'hôtel Royal)

الهاتف : 05 37 70 35 42 - Tél : 05 37 70 35 42 - النقال : 06 55 39 29 29 - البريد الإلكتروني : zoubida.alioua@gmail.com

ICE : 001634498000062 - INP : 101101632