

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060289

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10339 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : Lagrachi Mohammed
 Date de naissance : 10-03-1961
 Adresse : Rue Abderrahman el-Elmami EM 20
 APF 05 Layali II Barredine
 Tél. : 06 71134175 Total des frais engagés : 895,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Mustapha EL AZOUZI
 Professeur Neurochirurgie au C.H.U.
 Membre Permanent au Congrès Américain de Neurochirurgie
 Résidence Royale 8, Av. Moulay Slimane Rabat
 Tél. : 0537 73 37 50/51
 Date de consultation : 05/10/2022
 Nom et prénom du malade : Guancham Malik Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e) ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cerveau
 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 : Berrechid

Le : 05/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 la réalisation des Actes
05/10/22	03		300,00	Docteur Mohamed EL AZOUZI Professeur Permanent au Collège de Neurochirurgie Membre Permanent du Congrès de Neurochirurgie Résidence Royale 8, Av. Moulay Slimane Rabat Tel.: 0537.73.37.50/51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HIBANE 21, Rue de l'Indépendance Rabat 20, No 22 Sheraton Tél: 05 22 50 10 19	05/10/22	415,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/02/21		

AUXILIAIRES MEDICAUX

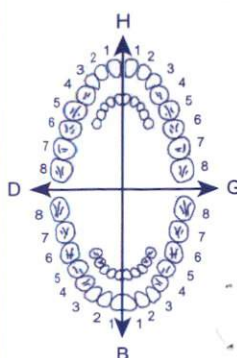
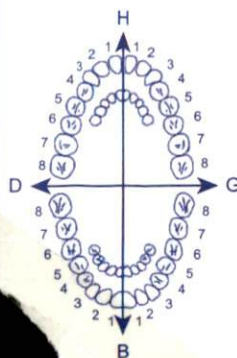
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
PARA BELLA 20241 Lissamout Bordj - 05 22 51 51 19	05/10/22	A M P C I M I V	180,00

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 canalaires, 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 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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha EL AZOUZI

Professeur de Neurochirurgie, Spécialiste des
Maladies et de la chirurgie du système nerveux
et de la colonne vertébrale, Membre permanent
du Congrès Américain de Neurochirurgie



الدكتور مصطفى العزوزي

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب،
إختصاصي في أمراض و جراحة الجهاز العصبي
والعمود الفقري، عضو دائم بالكونجرس
الأمريكي لجراحة الدماغ والعمود الفقري

22 - 10 - 5

7^{me} Guerousni M. Ali

415,80 x 2

- Celestine 4 mg.

(S.V)

1 Ap IM 1/1 - 6 J

37,00

x5 -

Duoxol (cp)

(S.V)

1 p 3x/1 - 30 J

28,80

x3 -

Vit-nérial F

(S.V)

1 p 3x/1 - 30 J

52,80

(S.V)

Oess de 1 p 1/1 - 10 J

415,80

Docteur Mustapha EL AZOUZI

Professeur Neurochirurgie au C.H.U
Membre Permanent au Congrès Américain
de Neurochirurgie

Résidence Royale 8, Av. Moulay Slimane-Rabat
Tél.: 05 37 73 37 50 / 51

طبيبية الاخصائين
TARANE
EL AZOUZI

37.00

PARA BELLA

ICE : 001803205000093

Le :05/10/2022

Facture N° :17

Client : Guerouani Malika

Qté	Désignation	P.U HT	Montant HT
1	Minerve cervicale rigide	150.00	150.00

PARA BELLA
N°241 Lotissement Sidi Lahcen
Berrichid - Tél:0522 51 61 11

Total HT	150.00
TVA 20%	30.00
Total TTC	180.00

Arrête la présente à la somme de : Cent quatre-vingt Dhs