

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.



Declaration de Maladie

N° W21-637158

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 524 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Jeune Pensionné

Nom & Prénom : TOUNSI Khadija

Date de naissance : le 16/04/1948

Adresse : 61 Avenue Chakhada, Hay Salam, Safé

Tél. : 06 42 31 99 92 Total des frais engagés : 600 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Traumatologie-Orthopédie
Résidence Réda, PL. Bab El Mellah
Al. Hassan II, Rabat-Tél.: 0537 73 12 23
INF : 101079127

Date de consultation : 09/11/2022

Nom et prénom du malade : TOUNSI Khadija Age : 73

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

Nature de la maladie : Tumeur primitive de la glande Int

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'at médecin conseil de la Mutuelle.


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 09/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : TOUNSI

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
09.11.2022	05		300,0	
29.11.2022	10		300,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

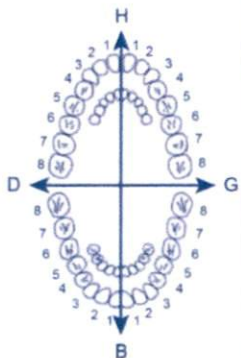
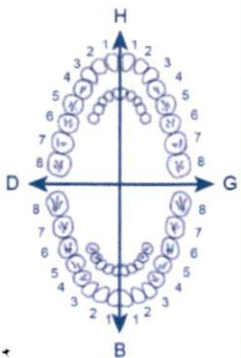
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. A. ISMAEL

Agrégé de Traumatologie et d'Orthopédie
de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Professeur

Chef de Service & de Département au Centre
Hospitalo-Universitaire Ibn Sina de Rabat

Expert assermenté auprès les Tribunaux



الدكتور ع. إسماعيل

أستاذ مبرز في جراحة العظام والمفاصل
من كلية الطب بالرباط

أستاذ جامعي رئيس قسم وشعبة سابقا
بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا بالرباط

خبير محلف لدى المحاكم

جراحة العظام والمفاصل
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Note d'honoraires

le Dr. A. ISMAEL

prie Mme *Khadija TOUNSI*

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui
présente, suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Tendinite "patte d'oie"
de la

> Infiltration (diagnostic)

s'élevant à la somme de *trois cent (300)*
dirhams

Rabat, le *09.11.2022*

DR. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Traumatologie et Orthopédie
Résidence Reda - Place Bab El Mellah
42, Avenue Hassan II - Rabat - Tél: 05 37 73 12 23 / 05 37 70 09 16
Fax: 05 37 73 12 24 - الواتساب : 06 42 56 80 49
M. El Hassani - Tél: 05 37 73 12 23

42, شارع الحسن الثاني - ساحة باب الملاح - إقامة رها - جناح ج - الطابق الأول (قرب الوكالة المستقلة لتوزيع الماء والكهرباء) - الرباط

42, Avenue Hassan II - Place Bab el Mellah - Résidence REDA - Immeuble G - 1er étage - (à côté de la REDAL) - Rabat

الهاتف : 05 37 70 09 16 / 05 37 73 12 23 - الفاكس : 05 37 73 12 24 - الواتساب : 06 42 56 80 49

E-mail : prismael@yahoo.fr - ismaelcabinet@gmail.com

Dr. A. ISMAEL

Agrégé de Traumatologie et d'Orthopédie
de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Professeur

Chef de Service & de Département au Centre
Hospitalo-Universitaire Ibn Sina de Rabat

Expert assermenté auprès les Tribunaux



الدكتورع. إسماعيل

أستاذ مبرز في جراحة العظام والمفاصل
من كلية الطب بالرباط

أستاذ جامعي رئيس قسم وشعبة سابقا
بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا بالرباط

خبير محلف لدى المحاكم

جراحة العظام والمفاصل
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

09.11.2022

Dr. Khadija TOUNSI

G fast 2 for x / m

Dr. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Traumatologie Orthopédie
Résidence Reda, P.L. Bab El Mellah
Av. Hassan II, Rabat-Tél: 05 37 73 12 23
INP : 101079127

42، شارع الحسن الثاني - ساحة باب الملاح - إقامة رضا - جناح ج - الطابق الأول (قرب الوكالة المستقلة لتوزيع الماء والكهرباء) - الرباط

42, Avenue Hassan II - Place Bab el Mellah - Résidence REDA - Immeuble G - 1er étage - (à côté de la REDA) - Rabat

الهاتف : 05 37 73 12 23 / 05 37 70 09 16 - الفاكس : 05 37 73 12 24 - الواتساب : 06 42 56 80 49

E-mail : praismael@yahoo.fr - ismaelcabinet@gmail.com