

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

- 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 - 3ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20500 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 27 75 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-770316

140904

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000484 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN DAHMANE RABHA, VEUVE

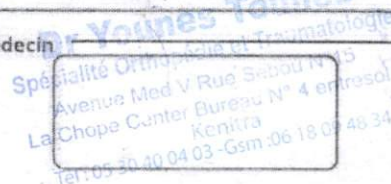
Date de naissance : 3 EDoui LARBi

Adresse : 5, Ave ABDEL AZIZ BACHAGHA, APART 7
RiDOSA, KENITRA

Tél : 06 65 99 04 66 Total des frais engagés : 612 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Ben Dahmane Rabha

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

arthrose de la hanche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

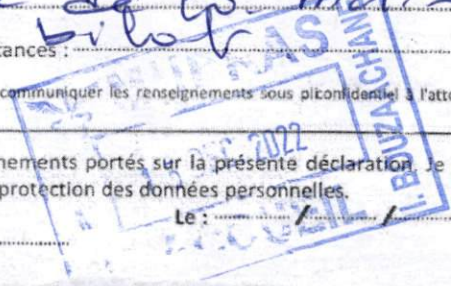
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 2022 / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDR 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
14/09 2022			6	INF: 051251130 Dr Younes Spécialité Orthopédie Avenue Méd V.P. Centre Médical

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/9/88	618,20

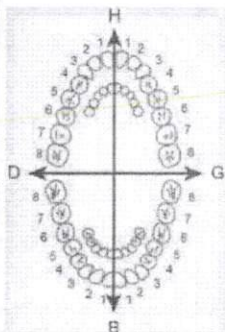
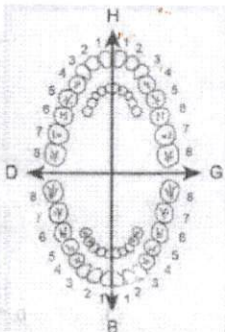
[illegible][illegible]

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			B	00000000	35533411	00000000	11433553	B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	D			B																				
	00000000	35533411	00000000	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Younes Touileb



الدكتور يونس طويلب

- Chirurgie et Traitement Orthopedique et Traumatologique
- Diplômé de la faculté de médecine de Francfort, Ex chirurgien assermenté et praticien des hôpitaux Allemands
- Chirurgie Arthroscopique - Chirurgie Prothétique
- Chirurgie du Rachis - Médecine du sport
- Traumatologie

- أخصائي في جراحة و علاج العظام والمفاصل
- خريج كلية الطب بفرانكفورت الألمانية طبيب محلف و جراح سابق بألمانيا
- الجراحة بالمنظار - تعويض المفاصل
- جراحة العمود الفقري - الطب الرياضي
- جراحة الكسور

Nom : Kendall

Kénitra le : 19.09.2022

Prénom : Abdellah

62,91 - Vegone Crel

48,20 - Colicifix

64,50 - Melnic 15

350,00 - Duoflex

99,00 - CP/G

612,70 - celes 20

صيدلية العصور
PHARMACIE MAAMORA
Mrs FARA S. Ep. TBER
Rue Hassan Ben Tahbit
37 37 64 47 - Kénitra

LOT: M0604
EXP: 11/2024
PPV: 60,00 DH

42,20

PPV: 61DH50
PER: 07/25
LOT: L2659

LOT 210601
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

Dr Younes Touileb
Spécialité Orthopédie et Traumatologie
Avenue Mohamed V Rue Sebou N°4
La Chope Center Kénitra
Tél: 05 30 40 04 03 - GSM: 06 18 09 48 34

رقم 15 - مركز لاشوب , زنقة سبو قرب محطة شال شارع محمد الخامس , المكتب رقم 4 - القنيطرة
N°15 , la chope center , rue Sebou en face station shell Av Med V Bureau N°4 entresol - kénitra
Tél : 05 30 40 04 03 - GSM : 06 18 09 48 34



Complément Alimentaire, Co-médicament

CE N° : DA20201507176DMP/20UCA/MAV3

DUOFLEX 60 GELULES

LOT : 220004

PER : 07/2025

PRIX : 350 DH