

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 - 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° W19-486073

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 831 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ELHADDAO Med
 Date de naissance : 1935
 Adresse : 2F Jamin N°9 Tabriquet Salé
 Tél : 0666440692 Total des frais engagés : 118250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ABDEL LAAROUSSI
 54, Résidence Rizk Allah
 Avenue Wali Al Ahd
 Diar - Salé Medina
 Tél. 05 37 78 23 11
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23.02.2023
 Nom et prénom du malade : ELHADDAO Med Age : 1935
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

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
25/02/23	01		200	INP : 1011615313 Dr. Abdenbi LAAROUSSI 54, Résidence Rizk Allah Avenue Wali Al Ahd Diar - Salé Medina Tél: 05 37 78 23 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MOUHAJAD Hay Al Mouahidine, N° 9 Av. El Mehdi Ben Toumarel Salé - Tél: 037 86 09 68	23/02/2023	687.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02/27	23/02/2023		

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
			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

Docteur Abdenbi Laaroussi

Chirurgien Spécialiste en Traumatologie Orthopédie

Diplôme de Chirurgie Orthopédie Traumatologie NANCY

Diplôme de Chirurgie Générale STRASBOURG

Médecine légale et dommage corporel. PARIS V

Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE

Ancien Directeur du Centre Hospitalier de RABAT

Ex Chef de Service de Traumatologie de SALE

Chirurgie des fractures, des rhumatismes, de l'arthrose et prothèses

Chirurgie des membres, du rachis et de la main : microchirurgie

Chirurgie adulte et enfant, Traumatologie du sport

EXPERT ASSERMENTÉ PRÈS DES TRIBUNAUX DU ROYAUME

الدكتور عبد النبي لعروسي

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام والمفاصل

دبلوم في جراحة العظام والمفاصل - نانسي فرنسا

دبلوم في الجراحة العامة جامعة باستور - ستراسبورغ

الطب الشرعي والخبرة - كلية باريس

اختصاصي ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

رئيس سابق بمصلحة جراحة العظام والمفاصل بالمركز الإستشفائي بسلا

مدير سابق للمركز الإستشفائي بالرباط

جراحة كسر الأعضاء، اليد والأعصاب، جراحة العمود الفقري والروماتيزم

التهاب المفاصل والتعويض الإصطناعي للمفاصل

جراحة الكبار، الصغار والطب الرياضي

خبير محلف لدى المحاكم

M mirhouar saadia le 23/02/2023

Flexanat huile 2 application par jour 2 tubes

Voxcib 200

2gel le le soir x 10 jours

2 حبات بعد العشاء

boite de 20

Cedol 3 boites

1cp à après le petit déjeuner

1cp à après repas de midi

Duoxol 2cp par jour

3 btes

1cp : 2 heures après petit déjeuner

1cp : 4 heurs après le déjeuner

kalest 20 mg

par 28 boites

1cp 30 min avant le petit déjeuner

Le 11^{ème} jour & اليوم الحادي العاشر

Mefsal 15 bte de 20

Diprostene X 2 chaque 10 jours

Pharmacie AL MOUHAJAL
Hay Al Mouahidine, N° 9
Av. El Mehdi Ben Toumaret
Salé - Tél.: 037 86 09 68

Dr. Abdenbi Laaroussi
54, Résidence Rizk Allah
Avenue Wali Al And
Diar - Salé Medina
Tél.: 05 37 78 23 11

TENIR HORS DE LA
DES ENFANTS

Distribué par MSD Maroc
ANM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

TENIR HORS DE LA VUE
DES ENFANTS

Distribué par MSD Maroc
ANM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

Huile
FLEXANAT®

À base de plantes

Huile
FLEXANAT®

À base de plantes

79,00

22,00

22,00

NOT : 20100
PER : 05/24
PPV : 144,30 DH

Docteur A LAAROUSSI

Ex chirurgien Spécialiste en France

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Diplôme : Orthopédie Traumatologie NANCY

Diplôme : Chirurgie générale STRASBOURG

Diplôme : Médecine légale Univ PARIS V

الدكتور عبد النبي لعروسي

جراح اختصاصي سابق بفرنسا في

جراحة تقويم العظام والمفاصل

دبلوم في جراحة العظام والمفاصل بناتسي

دبلوم في الجراحة الباطنية ستراسبورغ

دبلوم الطب الشرعي و الخبرة باريس فرنسا

Salé le

23.02.2023.

: RX :

genou dx

gouttière

honoraires:

Rec = 300 dh

061.07.60.99 ≈ 037.782.311 الهاتف محط القطار سلا المدينة قرب 54 إقامة رزق الله ، شارع ولي العهد لغرابلية

54 , Résidence Rizk Allah , Avenue Wali Al Aahd . Laghrablia (Prés de la gare Salé Médina) Sale.

Dr. Akdenbi LAAROUSSI
54, Résidence Rizk Allah
Avenue Wali Al Ahd
Diar - Salé Medina
Tél.: 05 37 78 23 11