

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° W21-773106 *par fourni*

166893

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1640 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : PÉTRITE

Nom & Prénom : ELHASSOUARI ABDEURIM

Date de naissance : 30.06.1953

Adresse : Résidence ISMAILIA (B) Apt 13
Place Hassan 1^{er} V.N. - MEKNES-

Tél. : 0664263100 Total des frais engagés : 398,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 JULY 2023

Nom et prénom du malade : ELHASSOUARI ABDEURIM Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 751

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 : MEKNES Le : 19/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : _____

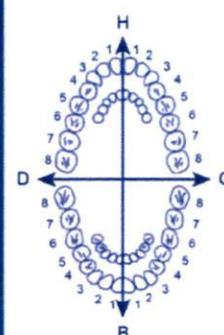
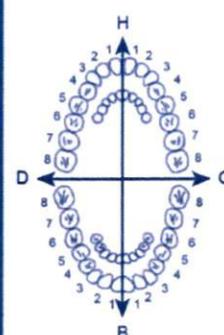
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/06/2023				 INP: 131253486

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Pharmacie AL INBIAT RUE KENITRA - MEKNES Lot. Kamilla Meknes Tél: 05 35 46 77 40 INPE: 132080243	19/06/23	398,00 DJF	

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 canalaires, 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"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

Dr. Youssef HALIME

Chirurgien Urologue Andrologue

- ✓ Ancien Chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph de Paris - France
- ✓ Ancien Chirurgien à l'hôpital Simone Veil de Paris (Beauvais) - France
- ✓ Ancien Chirurgien au CHU Hassan II - Fès
- ✓ Lauréat de la Faculté Médecine et de Pharmacie de Fès



الدكتور يوسف حليم

- أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والأعضاء التناسلية
- ✓ طبيب جراح سابق بمستشفى سان جوزيف بباريس
- ✓ طبيب جراح سابق بمستشفى سيمون فيل بباريس
- ✓ طبيب جراح سابق بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس
- ✓ خريج كلية الطب والصيدلة بفاس

MEKNES, LE

مكناس، في :

19 JUN 2023

(3x 98,00)
 ① TANSULOSINE 2,4mg
 76,50
 ② UNANOX 2mg 1257,30
 27,50
 ③ Niche
 398,00

Pharmacie AL INBIAAT
Dr EL HASSOUABI
 19, Lot Kamilia - Meknes
 Tél : 05 35 46 77 40

☎ 05 35 51 17 10 📞 05 51 71 57 20 ✉ mr.halime.youssef@gmail.com

Immeuble Moukhara, Rue Kénitra, Apt N°6, 2ème étage (en face du passage Lahssini) Hamriya MEKNES
 إقامة مختارة زنقة قنيطرة الشقة رقم 6 الطابق 2 مساحة 2 شنتير حمرية مكناس

LOT : 22E005
PER : 02 2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 22E005
PER : 02 2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 22E005
PER : 02 2025
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

URADOX® 2mg
30 cps sécables
6 118000 051107

LOT : 127
PER : DEC 2024
PPV : 76 DH 50

Diclo Pharma 5® 100mg
Boite de 10 suppositoires
6 118000 090274

27,50