

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

M22- 0049937

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL ADDALI Thami
 Date de naissance : 01/01/1947
 Adresse : BLOC H N: 16 lot Haouzia Kenitra
 Tél. : 0664234684 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 / 06 / 23
 Nom et prénom du malade : HASSI Naja Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Arthrose
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : Rabat Le : 16/06/2023

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
16/6/23		2	✓	Dr. KARROUCH Mhamed Chirurgie Orthopédique et Traumatologie Imm. 7, Avenue Al Haouz, Takadoum - Rabat Tél: 05 20 10 77 91 / 06 70 88 67 78 INPE : 101167161

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SYADUMED Administration Agdal - Rabat 03 & 16 Fax: 05 37 68 24 41	16/6/23		2	1		Spéc. dent cycle ortho

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	
				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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Dr. KARROUCH Mhamed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Adultes et Enfants

Diplômé de la faculté de médecine de Strasbourg

Ancien chef de clinique des Hôpitaux
Universitaires de Strasbourg

Ancien chef de service de chirurgie orthopédique
à l'hôpital Cheikh Zaïd

Diplôme inter-universitaire d'Arthroscopie - Paris

Diplôme de traumatologie du sport - Strasbourg



الدكتور قروش محمد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل للكبار والأطفال
خريج كلية الطب بstrasbourg

رئيس مصلحة سابق بالمستشفى الجامعي ستراسبورغ-فرنسا
رئيس قسم جراحة العظام والمفاصل سابقا بالمستشفى

الجامعي الشيخ زايد بالرياض

دبلوم الجراحة بالمنظار - باريس

دبلوم الجراحة والطب الرياضي - ستراسبورغ

Rabat, le 16.06.23 الرباط، في

Mme HADRI Najia

Shaver 4,5

Dr. KARROUCH Mhamed
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Imm. 7, Avenue Al haouz, Takadoum - Rabat
Tél.: 05 20 10 77 91 / 06 70 88 67 78
INPE : 101167161

SNADIMED
Administration 2
14, Rue Achaari Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 24 41 / Fax : 05 37 68 01 15

Tél :

شارع الحوز، إقامة رقم 7، الطابق 1 التقدم - الرباط

Imm 7, Avenue Al haouz, 1er Etage Takadoum - Rabat

☎ 05 20 10 77 91 📞 Urgences : 06 70 88 67 78 ✉ Email : karrouch_m@yahoo.fr

MEDEXC SARL

15 AVENUE ABTAL APPT 4 AGDAL RABAT

ICE: 002381094000025

Facture 1099FA2023/**Date :** 16/06/2023
Date d'échéance: 16/06/2023
Origin: 6630BC2023**Patient:** MADRIHA AJIA**PAYE**

Code article	Description	Prix			
		Qté	unitaire	Taxes	Total HT
72203013	[72203013] DYONICS ARTHROSCOPIC SURGERY BLADE, 4.5MM, INCISOR PLUS ELITE, PLATINUM SERIES, BOX OF 6, SINGLE USE, STERILE n°lot 50945832	1,000	625,00	20%	625,00 DH

Total HT	625,00 DH
Taxes	125,00 DH
Total TTC	750,00 DH

Etabli par: Oulaya.RahmounNos tarifs s'entendent pour paiement comptant dès la réception de la facture.
Pour toute prise en charge un accord préalable de NADIMED est Obligatoire.**Administration 1**14, Rue Achari App. N° 03 & 16
Agdal - Rabat

Tél : 05 37 68 24 41 / Fax : 05 37 68 01 15