

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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

26985 0050583  
Payez

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6985	HIRACHI BOUCHAIB	Société : <i>(Signature)</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Non marié(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	167547
Nom & Prénom : Hirachi Bouchaib			
Date de naissance : 01/01/1955			
Adresse : 16, AV. Moulay Abdellaziz, KM 2, KENITRA, MOROCCO			
Tél. : 06 62 11 19 88 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Authorisation CNDP N° : AA215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HNOUCHEIKH Zoheir  
ORL & Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Ibn Zaraa & Med V  
Imme Nakhla 1 Appt 2 - KENITRA  
Tél : 05 37 36 80 71  
INPE: 051070571

Date de consultation : 22/5/2023

Nom et prénom du malade : HIRACHI Bouchaib Age : 1955

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie obstruction tubaire

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) : \_\_\_\_\_

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050583

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

## RELEVE 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
22/5/13	C.S		3000.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Mohammed V PHARMACY</b> 0517345231 FAX 0520422222 NPE	22/05/23.	1111.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

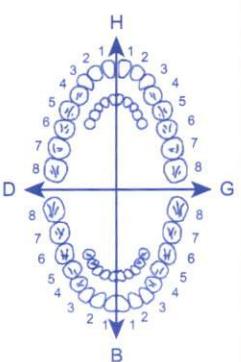
#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

٦٩٨٥

**Dr. IBNOUCHEIKH Zouheir  
ORL**

*Maladie et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge  
et Chirurgie de la Face et du Cou  
Exploration de l'Audition*

*Ex-Chef de Service ORL à l'Hôpital*

*El Idrissi*



**الدكتور ابن الشيخ زهير**

طب وجراحة الأنف . الأذن . الحنجرة  
و جراحة الوجه والعنق  
استكشاف السمع

رئيس قسم سابق بمستشفى  
الإدريسي

القنيطرة

Kénitra, le .. 22/5/2023

Hirchei Bouchair

٢١٠٠

١) Romac 150 mg  
40100

Cotipred 20 mg  
40100

٢) Cotipred 20 mg  
40100

٨٨٨١٠٠.

صيدلية موسى  
AL MOSAS  
Parapharmacie  
Bab El Oued - KENITRA  
160 Bd Mohammed V KENITRA  
Tel 0537374233 / Fax 0537373495  
INPE 052042736



LOT: 10022002  
PER: 10/2024  
PPV: 71.00 DH

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M719



Dr. IBNOUCHEIKH  
ORL & Chirurgie Cervicale  
Angle Ibn Zaraa & Med V  
Imm Nakhla, Kénitra  
Tel. 05 37 36 80 71  
INPE: 051070371

Cabinet de Rhumatologie  
عيادة أمراض العظام و المفاصل

Docteur Nada BENSAOUD  
Diplômée de la faculté de  
Médecine de Rabat  
Spécialiste des Maladies  
des Os et Articulations

Kénitra, le .....



الدكتورة ندى بنسعود  
خريجة كلية الطب  
بالرباط  
اختصاصية في أمراض  
العظام و المفاصل

القنيطرة في 28/08/2002

26985

M. Hachti Béne Haib

- L'Homme Puyé  
Pour l'Echographie  
de la Cheville gauche  
pied gauche:

Dix Cent Dirhams

26985

Centre de Rhumatologie

Centre de Rhumatologie

شارع الحسن الثاني ، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 . مكتب رقم 1 . القنيطرة  
15 Avenue Hassan II , Imm . Centre D affaire Hassan II , 2 éme étage - Bureau n° 1 Kénitra.

Email : nadabensaoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27