

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

M23-0019960

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 393 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de													

Vous devez fournir une facture et joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

COLET ADHERENT	NOM	Mle
DECLARATION N°	W18-367810	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les		



W18-367810

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0393	
Nom & Prénom		LAMBARKI MOHAMED	
Fonction	RETRAITE	Phones 0754257061	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient LAMBARKI MOHAMED		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 03 JUIN 2023	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
Deduction Masculine			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
non			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C2		250 DH	
PHARMACIE	Date 03-6-23		
Montant de la facture	93,70		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Date :			
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date :			
Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV

PHARMACIE Bayti
MI B18 Résid Bayti Hay Mohammadi
Tél: 05 28 23 51 51 - Agadir

Dr. DOUMA Younes

Chirurgien d'orthopédie Traumatologue

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Médecine de Marseille - France
- Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inezgane



الدكتور دومة يونس

جراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسييا - فرنسا
- الجراحة بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان

03 JUIN 2023

Agadir, le :

Mr ou Mme :

Mr. Constance Mohamed

4950

19 - lion gel



44 to 101 x 2 (141)

23/ Dital 00



141 x 2 (100)

000000

93,70

Dr. DOUMA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
B 21 Imm. Yasmine, Angle Av. Qadi Ayad
et Bd. Moukaouama - AGADIR
Tél: 0528233523 / 0661513642
INP: 091037036
ICE: 002044535000061

PHARMACIE BAY
M. B. 18 Resid Bayti Hay Mohammadi
Tél: 05 28 23 35 23 - Agadir

رقم 21 عمارة الياسمين - ملتقى شارع المقاومة وزينة القاضي عباس فوق بنك (BMCE) - أكادير - الهاتف : 05.28.23.35.23 - الموبايل : 06.61.51.36.42

laibail : doumayoun@yahoo.fr - doumayoun@gmail.com

N° 21, Imm. A Résidence Yasmine - Angle Av. Moukaouama et Rue Qadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) - Agadir

Tél.: 05.28.23.35.23 - GSM : 06.61.51.36.42 - E-mail : doumayoun@yahoo.fr - doumayoun@gmail.com

Dr. DOUMIA Younes

Chirurgien d'orthopédie Traumatologue

Professeur à la faculté de Médecine de Casablanca
Laboratoire de Formation Spécialisée Faculté de Médecine
Marseille - France
Echographie de l'appareil locomoteur
Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir



الدكتور دومة يونس

جراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحة بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- جراح بمصلحة الضمان الاجتماعي بأكادير

NOTE D'HONORAIRE

Agadir, le

03 JUIN 2023

présenté à M:

LAMBARKE MOHAMED

La note d'honoraires s'élevant à la somme de:

250 DH

DEUX CENT CINQUANTE DOLLARS

Dr. DOUMIA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
B 21 Im. Yasmine - Agadir
et P. Moukaouama - Agadir
Tél: 0528233523 / 0661513642
INP: 091037086
ICE: 002044535000061

Signature et cachet: