

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-770700

Courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1034 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUKHALI

Date de naissance : 180585

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Doukhal Laila
Traumatologue-orthopédiste
B13, 3ème étage, Imm Al Mountazah,
angle rue Mediouna et Benghar
Bettana-Sale - Tél : 06.63.91.68.55

Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : DOUKHALI LAILA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme (cuisse et épaule)

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 N° W21-770700

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 :

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
11/09/23	CS	250 dh		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
12/09/23	166,90	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
11/09/23	Rx	250 dh	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 : [Signature]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR DAHMANI YOUNESS

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
Médecin Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Ancien Praticien à l'Hôpital Souissi et à l'Hôpital Militaire à Rabat
Ancien interne au CH Etampes France

الدكتور دحماني يونس

خريج كلية الطب بالرباط
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
طبيب سابق بمستشفى ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط
طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي إيطامب فرنسا

ORDONNANCE

Fait à salé le, 11/09/2013

me DOUKALI LAILA

63.50

1 Bi-profenid LP 100 mg

1cp x 25 (10.7)

2800

1cp 15 (10.7)

2 No-dol codeine

1cp x 35 (10.7)

7500

KALEST 20mg

1gel x 25

4 Talonnette silicone

Bi-profenid LP 100 mg
20 Comprimés sécables



NO - DOL CODEINE
CP 820
P.P.V : 28DH00



KALEST 20 mg
Oméprazole (DCI)
28 gélules



PHARMACIE AL FATIH
12, Av. med Bouhassan El Mounatazah
Al Atlas Bloc 4 - Talaghat
Tel: 05 37 63 16 50

Dr. DAHMANI Youness
Traumatologue-orthopédiste
3, 3ème étage Immeuble Mounatazah,
angle Av. Mediouna et Bengrir
Bettana-Salé - Tel : 06 68 91 68 55

+212 664 86 28 97 / +212 6 50 77 48 84 • 24/7 • Dr.Dahmani.Tror@gmail.com

Immeuble al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir bureau 13, 3ème étage Bettana Salé

بنية المنتزه، ناصية شارع مديونة وزنقة بنكري، مكتب رقم 13، الطابق الثالث - بطانة سلا

DOCTEUR DAHMANI YOUNESS

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
Médecin Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Ancien Praticien à l'Hôpital Souissi et à l'Hôpital Militaire à Rabat
Ancien interne au CH Etampes France

الدكتور دحماني يونس

خريج كلية الطب بالرباط
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
طبيب سابق بمستشفى ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط
طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي إيطامب فرنسا

ORDONNANCE

Fait à salé le, 29 Nov 2023

Compte rendu radiographies

1

Nom et prénom : Mme Doukkali Laila

Radiographies : deux pieds de profil

Résultats :

Pas d'anomalie de la statique.

Epine calcanéenne.

Respect des interlignes du tarse et de l'avant-pied.

Aspect normal des parties molles.

Dr. DAHMANI Youness
Traumatologue orthopédiste
B13, 3ème étage Imm Al Mountazah
angle Av. Mediouna et Bengrir
Bettana-Salé - Tel : 06 68 91 68 55

☎ +212 664 86 28 97 / +212 6 50 77 48 84 • 24/7 • ✉ Dr.Dahmani.Tror@gmail.com

📍 Immeuble al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir bureau 13, 3^{ème} étage Bettana Salé

📍 بناية المنتزه، ناصية شارع مديونة وزنقة بنكريز، مكتب رقم 13، الطابق الثالث - بطانة سلا

DOCTEUR DAHMANI YOUNESS

Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
Médecin Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Ancien Praticien à l'Hôpital Souissi et à l'Hôpital Militaire à Rabat
Ancien interne au CH Etampes France

الدكتور دحماني يونس

خريج كلية الطب بالرباط
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
طبيب سابق بمستشفى ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط
طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي بإطامب فرنسا

ORDONNANCE

Fait à salé le, 12/09/2019

Facture

Nom et prénom : Mme Doukkali Laila

Geste : radiographies des pieds de profil

Tarif : 250 Dh.

Dr. DAHMANI Youness
Traumatologue-orthopédiste
B13, 3ème étage Imn Al Mountazah,
angle Av. Mediouna et Bengrir
Bettana-Salé - Tel : 06.68.91.68.55

☎ +212 664 86 28 97 / +212 6 50 77 48 84 • 24/7 • ✉ Dr.Dahmani.Tror@gmail.com

📍 Immeuble al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir bureau 13, 3^{ème} étage Bettana Salé

📍 بناية المنتزه، ناصية شارع مديونة وزنقة بنكرير، مكتب رقم 13، الطابق الثالث - بطانة سلا