

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

- 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- 0020825

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AYALI THAMI
Date de naissance : 01.01.1944
Adresse : Bloc H N: 116 Loc. Haouzia Kénitra
Tél. : 0664234624 Total des frais engagés : 431,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01.11.2022
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : PTG, G
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 : 23 / 11 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
23/11/23				Dr Mohamed Karouch Chirurgie Orthopédique et Traumatologie Chirurgie du sport - Arthroscopie Av. Alhaouz, 1 ^{er} étage Takaddoum Rabat Tél 0520487754 Urgences 0670886778 IMPE 101167161

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VS MEDICAL 61, Angle Av de France et rue FRICHTO Agdal - Rabat Tél/Fax : +212 537 77 37 21	23/11/23	431,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

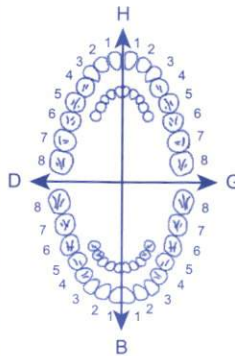
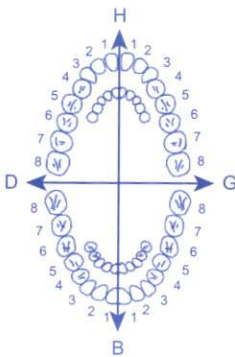
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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>D</td> <td>G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 بـستراسبورغ

رئيس مصلحة سابق بالمستشفى الجامعي ستراسبورغ-فرنسا
رئيس قسم جراحة العظام والمفاصل سابقا بالمستشفى
الجامعي الشيخ زايد بالرباط
دبلوم الجراحة بالمنظار - باريس
دبلوم الجراحة والطب الرياضي - ستراسبورغ

Rabat, le 23/11/2023 الرباط، في

M^{me} HADRE Najia

YATello longue d'immobilisation
du genou
60 cm

VS MEDICAL
61, Angle Av. de France et
Rue FRIOTTO, Agdal - Rabat
Tél/Fax : +212 537 77 37 21

Dr Mhamed Karrouch
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie du sport - Arthroscopie
Av. Alhaouz, Imm. 7, 1er Etage Takadoum Rabat
Tél 0520107781 Urgences 0670886778
INPE 101167161

📍 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

Facture N°	Rabat, Le	Code Client
F23-000378	23/11/2023	ICE:

MME HADRI NAJIA

Référence	Désignation	Taux	Quantité	P. Unitaire	R	Montant
D28	ATTELLE LONGUE D'IMMOBILISATION DU GENOU 60CM	20%	1	359,17		359,17

Règlement	Remise	Total HT	Taux	T.V.A	Net à Payer
		359,17	20%	71,83	431,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

QUATRE CENT TRENTE ET UN DIRHAMS

VS MEDICAL
61, Angle Av. de France et
Rue Frio lto, Agdal - Rabat
Tél/Fax : +212 537 77 37 21