

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

N° W21-821836

190059 CO

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09946

Société :

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NETJARI

HALIMA

Date de naissance :

1970

Adresse :

181 cité AL BARID HAY NAHDIA

Tél. :

0670276244 Total des frais engagés :

= 766,00 =

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

NEJTARI Halima Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Don de

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

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-821836

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 : 09946

Nom de l'adhérent(e) :

NEJTARI HALIMA

Total des frais engagés :

766,00

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 |
|-----------------|-------------------|------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 23/01/2024 | A | Ky Wittala Med C | 500,00 | INP : 10111548 Signature : 34101703-IP 2 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 21/11/24 | 26.6,- |

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

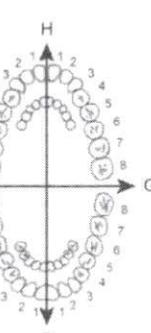
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------------------------------------|
|  | | | | 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | - | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique: nécessaire à la profession | | | | |

MYDOFLEX® 150 mg
Tolperisone HCl
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850

STORIXIA® 90 mg
Comprimés pelliculés
Boîte de 7
AMM N° : 10432/2019/DMP/SO/B7



6 118000 024040

STORIXIA® 90 mg
Comprimés pelliculés
Boîte de 7
AMM N° : 10432/2019/DMP/SO/B7



6 118000 024040

THOPEDIE

جدة Appt. 1 (Entre la Villa Maya et la Cathédrale) - Rabat
7 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
Diplômé de la Faculté de DIJON (France)
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune
Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب ببيجون (فرنسا)
جراح ملحق سابق بمستشفى بون

جراحة الأعضاء و العود الفقري - كبار - صغار - رياضيين
الشخص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعريض الإصطناعي للمفاصل
جراحة الأعصاب الدقيقة

Rabat, le : 02 JAN 2024

Av MEJOUR Helium

86, ex Storixa 90 18/0 ayer 09
gout Hydroflax 14x21 gout 14

gout Hydroflax 14x21 gout 14

266, el

Pharmacie Dar Essalam
GUEDIRA ADIBA
épouse KARRAKCHOU
607, Hay Ennajda N° 1
RABAT



CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm. C5, Rue Soussa Appt. 1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
Diplômé de la Faculté de DIJON (France)
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune
Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب ببيجون (فرنسا)
جراح ملحق سابق بمستشفى بون

جراحة الأعضاء و العمود الفقري - كبار - صغار - رياضيين
الشخص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعريض الإصطناعي للمفاصل
جراحة الأعصاب الدقيقة

Rabat, le : 02 JAN 2024

Coaté Rouda

Nom NE JTAH Malura
géné Calanocum Canto
-1 Infektion Deja 80 + Nahr. Rezess.

Dr. NAZIH Rachid
Traumatologue - Orthopédiste

C5, Rue SOUSSA, Rabat
Tél: 05 37 72 65 56



101115491

IF 34101703 - IP 25109846