

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-820912

192893

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAHIA KHALID

Date de naissance :

29-06-62

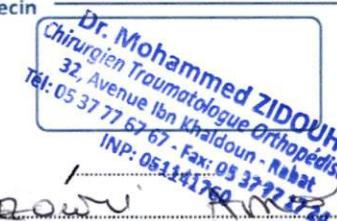
Adresse :

2 RUE AIT NELLAL AU ZERHOUNE,  
Sousse RABAT

Tél. :

71116,60 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

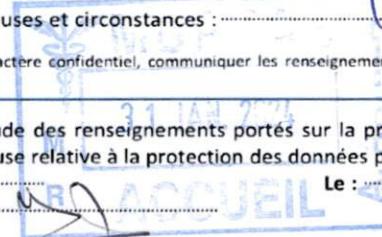
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/01/2016

Signature de l'adhérent(e) :



### 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.

## 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
29/07/2023	CD		300DH	CD 300DH Signature du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du commis	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Benoît DE BELLOUN Tremblay MPE : 0512 63 682 63 682 2015/15</i>	29/12/23	466160

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
UNIQUE IBN KHALDOUN avenue Ibn Khaldoun - Rabat 77 67 67 - Fax: 0637 77 17 01	20/02/2023	bx	21191,110000000000000000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

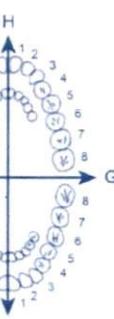
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

QUE IBN KHALDOUN

cteur Mohammed ZIDOUH

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste  
Chirurgie des Rhumatismes Articulaires  
Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la main



مصحة ابن خلدون

الدكتور محمد زيدوع  
جراحة العظام والمفاصل  
جراحة اليد - الجراحة بالمجهر

Dr. Mohammed ZIDOUH  
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste  
Chirurgie des Rhumatismes Articulaires  
Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la main  
Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j  
29/12/23  
الرباط في: 29/12/23  
Dr. HIBA AMAZ  
Tél: 0537 77 17 17 INP: 051141760

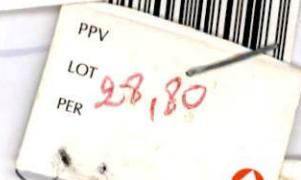


→ Profenid (in)  
54,10 in 1/1/6

5x  
→ Vitanevril  
5x 28,80 1/1/30  
100,10

→ Codoliprane  
22,10 1/1/11  
3x 24,10  
96,30

→ INEXIUM  
20  
T: 166160  
SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bhou al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591



هاتف: 67 67  
17 24 - E-mail: zidou...



32, Avenue Ibn Khaldou...

Ref. : 0537



Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

29/11/2003  
Rabat, le .....  
الرباط في

## MME AZZAQUI IHDA AMAL

**RX/ Rachis lombo sacré f/p.**

### Compte rendu

**\*Pincement L5-S1.**

**CLINIQUE IBN KHALDOUN**  
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat  
Tél.: 0537 77 67 67 - Fax: 0537 77 17 24

**Dr. Mohammed ZDOUH**  
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste  
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat  
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24  
INP: 051141760





0Rabat: 29/12/2023

FACTURE N° 531MME AZZAQUI IHDA AMAL

Désignation	Prix
RX/Rachis lombo sacré f/p.	<b>350 DH</b>
	<b>350 DH</b>

\*Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois-Cents –Cinquante-dirhams.

32 Avenue Ibn Khaldoun - Rabat  
Tél.: 0537776767 - Fax: 0537771724  
CLINIQUE IBN KHALDOUN

ICE : 001620085000049