

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-820912

192893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4512 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YAHIA KHALID
 Date de naissance : 28-06-62
 Adresse : 2 RUE AIT DELOUL AU ZERHOUNE, SOUMISSI RABAT
 Tél. : Total des frais engagés : #1116,60# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Azouy Age:

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

Nature de la maladie : Complication

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 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNCP n° A-215/2019

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

29/12/23 CA 300,41 [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

[Signature]

29/12/23

466,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

[Signature]

29/12/23

12

11

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

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'O.D.F.

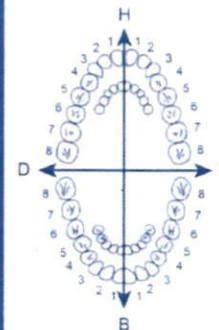
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

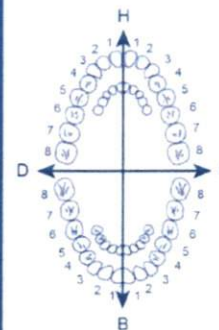
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

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 و المفاصل
جراحة اليد - الجراحة بالمجهر

Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

الرباط في : 29/12/23

Dr. Mohammed ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
28 Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél: 0537 67 67 67 - 0537 77 17 24
INP: 051141760

Profenid® 100 mg/2 ml
Solution injectable IM
6 Ampoules

LOT 0216
PER 03 26
PPV 54.10 DH



VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



PPV
LOT
PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



PPV
LOT
PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



PPV
LOT
PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



PPV
LOT
PER 28,80

Codoliprane®
Paracetamol / Codine
400 mg / 20 mg
10 Comprimés
scélés



PPV
LOT
PER 07/25
M2568

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



PPV
LOT
PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



PPV
LOT
PER 28,80

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640NSMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640NSMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640NSMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

Dr. Mohammed ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
Ibn Khaldoun - Rabat
Tél: 0537 67 67 67 - 0537 77 17 24
INP: 051141760



32, Avenue Ibn Khaldoun

Tél: 0537 67 67 67 - 0537 77 17 24 - E-mail: zidouh



Urgences et réanimation 24h/24h 7j/7j

Rabat, le 29/12/2023 الرباط في 29/12/2023

MME AZZAOU I HDA 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 ZIDOUH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
32, Avenue Ibn Khaldoun - Rabat
Tél: 05 37 77 67 67 - Fax: 05 37 77 17 24
INP: 051141760





ORabat: 29/12/2023

FACTURE N° 531MME AZZAOU IHD A AMAL

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

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

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

ICE : 001620085000049