

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 rééducation.
- 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 Angie 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° W21-693278

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34321 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AALA ABDELHAQ

Date de naissance : 15-11-1953

Adresse : 591 TASSARA III HARRAKE CH

Tél. : 0661535857 Total des frais engagés : 413,00 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 :

Le : 12/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-693278

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 :

[illegible]

INP : 05/11/2023

DR. Othmane MESSARY

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIEN DU MINISTRE DE LA SANTE INPE : 072047699	12/09/22	163100

Montant de la Facture

INPE: 072047699

[illegible]Montant
des Honoraires

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

Montant détaillé
des Honoraires

IV

VOLET ADHERENT

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

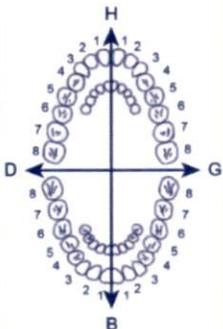
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

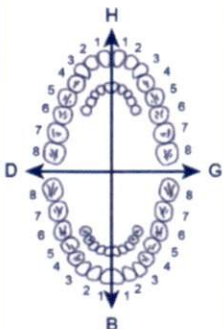
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 :	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

Coefficient

110

Page 10

11

11

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

Page 10 of 10

10

Page 10

11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Othmane MESSARY

A l'honneur de présenter ses compliments à

M^{me} NIAR MALIKA

Et lui adresser selon l'usage sa note d'honoraires

- consultation -

Soit la somme de : 250 dh

(Deux Cent Cinquante dirhams)

Marrakech, le : 12/09/98

الدكتور الطشوري عثمان
DR. Othmane MESSARY
الطبيب في امر الحساسية
Trousse médicale - Urgence
الطبيب في امر الحساسية
C. 06 24 64 15 83 / 06 61 62 83 07
cabinet

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE EL - MASSIRA

مركز علاج و جراحة العظام و المفاصل المسيرة

Dr. Othmane MESSARY

الدكتور المسري عثمان

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
Traumatologique.



اختصاصي في علاج و جراحة أمراض العظام
والمفاصل

- Lauréat de la faculté de médecine de Paris France et de Casablanca.
- Ex chirurgien des hôpitaux de paris.

- خريج كلية الطب بباريس فرنسا
- وكلية الطب الدار البيضاء
- طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

Marrakech le : 12/07/2022

Mr. Mr. Melita

371w

① Revue



24 x 411 (067)

871w



① Revue

391w



② Revue

17 de suite

1631w

الدكتور المسري عثمان
DR. Othmane MESSARY

Dr. Othmane MESSARY
11, Rue de la Liberté, 406
34000 Montpellier, France
Tél : (04) 34 44 92 100 - 06 34 44 92 100

Iné

LOT: M0701
PER: 01/21/24
EXP: 39,00DH

LOT: 220304
DLUO: 03/2025
87,00DH

500mg/2mg
20 comprimés

371,00

kech
584

Email :

@gmail.com