

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, parodontologie 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° W21-827067

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6617 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENOSMAUE Azzeddine
 Date de naissance : 17-06-61
 Adresse : 6 Rue Ibn Hajar Apt 11 Azal
 Rabat
 Tél. : 0661486694 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Aicha AOUD
 Ex-Professeur de Cardiologie à
 la Faculté de Médecine de Rabat
 Tél: 05 37 67 14 15 / GSM: 0661 27 91 30

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : HADDOU Soraya Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA son épouse
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-827067

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]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/13/24	333,30

[illegible]

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

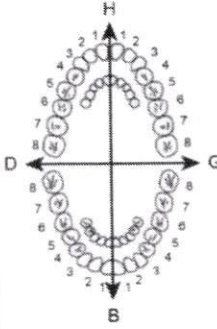
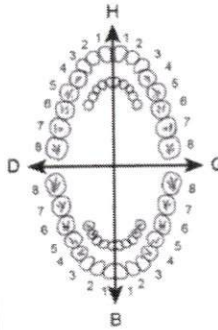
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Aïcha AOUAD

PROFESSEUR EN CARDIOLOGIE

د. عائشة عواد

I EX-Professeur de cardiologie à la Faculté de
Médecine de Rabat
I Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
I Diplômée en Echocardiographie - Facultés de
Médecine Paris VI et Paris XII
I Diplômée en Cardiologie du sport - Faculté de
Médecine de Bordeaux

I أستاذة سابقة بكلية الطب الرباط
I خريجة كلية الطب الرباط
I دبلوم الفحص بالموجات فوق الصوتية من
كلية الطب باريس VI وباريس XII
I دبلوم الطب الرياضي للقلب والشرابيين من
كلية الطب ببوردو

Rabat, le 11. 03. 2024

Dr. Haddou
Soraya

Natixam 5/15

18/

x02 mon

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à
la Faculté de Médecine de Rabat
Tél.: 05 37 67 14 15 / GSM: 06 61 27 91 30

14011124



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg-O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Ibn Sina. 3ème étage

Appt n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)

Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com



Dr. Aïcha AOUAD

PROFESSEUR EN CARDIOLOGIE

د. عائشة عواد

I EX-Professeur de cardiologie à la Faculté de
Médecine de Rabat
I Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
I Diplômée en Echocardiographie - Facultés de
Médecine Paris VI et Paris XII
I Diplômée en Cardiologie du sport - Faculté de
Médecine de Bordeaux

I أستاذة سابقة بكلية الطب الرباط
I خريجة كلية الطب الرباط
I دبلوم الفحص بالموجات فوق الصوتية من
كلية الطب باريس VI وباريس XII
I دبلوم الطب الرياضي للقلب والشرايين من
كلية الطب ببوردو

Rabat, le

11. 03. 2024.

Dr. Haddou
Soraya.

3 x III 10. Bipreterax 5/1,25
= 33330
x03 mar

Pharmacie Ibn Hajar
4, Rue Ibn Hajar, Agdal
Rabat - Tél : 05 37 68 06 87
INPE : 102032497

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à
la Faculté de Médecine de Rabat
Tél : 05 37 67 14 15 / GSM : 06 61 27 91 30

Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Ibn Sina. 3ème étage

Appt n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)

Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com