

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

- 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

M23-0019714

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7761 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YAGHOUBI LATIFA
 Date de naissance : 03/01/1963
 Adresse :
 Tél. : 0613627614 Total des frais engagés : 876,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/10/2023
 Nom et prénom du malade : Yagoubi Latifa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Polyarthralgies
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Kénitra Le : 24 / 11 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-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
10/11/23	Cu	01	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/11/2023	576,80	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td>H</td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td>B</td></tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[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

Dr. Youssef Echati

**Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique**

- Lauréat de la faculté de Médecine de Rabat
- Ancien assistant des Hôpitaux de France
- Ancien Chirurgien à l'Hôpital Idrissi de Kénitra
- Pathologie et Chirurgie des Membres
- Chirurgie Prothétique et Arthroscopique
- Diplôme de Chirurgie du Pied
- Diplôme de Traumatologie de Sport
- Diplôme d'Expertise Médicale



الدكتور يوسف الشاطبي

**اختصاصي في أمراض
وجراحة العظام والمفاصل**

- خريج كلية الطب بالرباط
- طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
- طبيب سابق بمستشفى الإدريسي بالقنيطرة
- أمراض وجراحة الأطراف
- جراحة وزرع المفاصل الاصطناعية
- حاصل على دبلوم جراحة الرجل
- حاصل على دبلوم الطب الرياضي
- حاصل على دبلوم الخبرة الطبية

10/11/2023

القنيطرة، في: Kénitra, le :

Mme YAQOUBI LATIFA

DOLICOX 90 MG

1cp à midi pdt 14j apres repas

MYDOFLEX 150

1 cp 2x/j midi et soir pdt 15j

COLCHICINE 1 MG

1 cp le soir pdt 15j

NOCICEPTOL

1 app 2x/j pdt 15j

AULCER 20 MG

1 gel le matin pdt 14j 20 min avant repas

D CURE FORTE

1 amp/ 15 j pdt 1 mois

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

صيدلية المعمورة
PHARMACIE MAAMOURA
Mme. EABAL S. EN. TBER
30, Rue Hassan Ben Janbil
37 37 64 47 - Kénitra

576.80

A lever

24/11/23

Tel.: 05 37 37 88 38 / 08 08 41 85 64
396, Av. Med V, Résidence Rania, Bureau N° 1, Kénitra
Traumatologie - Orthopédie
Dr. Youssef Echati

📍 396, Av. Med V, Résidence Rania, Bureau N° 1, Kénitra

☎ 05 37 37 88 38 / 08 08 41 85 64 - Urgence :: 06 61 21 24 74 ✉ drechatibi@gmail.com

DOUCOX

Etoricoxib

90 mg

PPV: 169DH00
PER: 05/26
LOT: M1717



MYDOFLEX[®] 150 mg
Tolpéronne HCl
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



Fabrique

SMB TE
39 rue d
B-6900

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026



Remboursable

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

13,40

AULCER[®] 20 mg

14 Gélules



AMM N° : 569/17 DN/P/21/NRQ

LOT: 22124
PER: 03/2025
PPV: 52,80 DH

LOT

PVC: 198.000H



C248
2025-11

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV.: 2021/11/0