

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 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

- 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.

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

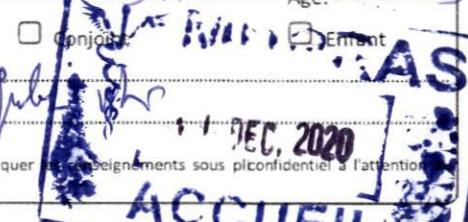


Déclaration de Maladie

N° W19-570228

50853

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 900	Société : VENDE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	MAOUD HAFIDA
Nom & Prénom : MAOUD HAFIDA		Date de naissance : 12/07/1960	
Adresse : Bloc 3B - N° 53 - cité DAKHLA AGADIR		Tél. : 05 22 22 68 10 Total des frais engagés : 295,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin,			
Docteur EL BOUSSAKI A. Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue Imm. Achar Av. Mokawama (face cinéma salam) - AGADIR Tél: 0528 82 32 78 Fax: 0528 82 10 08			
Cachet du médecin :			
Nom et prénom du malade : MAOUD HAFIDA Age: 60 ans			
Date de consultation :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : AGADIR Le : 02/11/2020			
Signature de l'adhérent(e) : 			

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-570228	
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 : 900
Nom de l'adhérent(e) : MAOUD
Total des frais engagés : 295,00
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL BOUSSAKI Abdelaziz

Traumatologue - Orthopédiste

Médecine du sport

Micro - chirurgie

Chirurgie du Rhumatism

Lauréat C.H.U Ibn Sina, Rabat

Ancien chirurgien des hôpitaux

Laâyoune - Sahara - Taroudante

Ancien attaché des hôpitaux de France (Lorraine)



الدكتور البوساقى عبد العزيز

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
الطب الرياضي ، الجراحة المجهورية
جراحة الروماتيزم

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا ، الرباط
جراح سابقا بمستشفيات العيون و تارودانت
ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا (أرلين)

Agadir, le 21 M 12 2020

MAOUD HAFIDA

Note de Reçus

- Consultation : 200,00

facture en date 1/12/2020

Docteur EL BOUSSAKI A
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Imm. Achar Av. Mouquaouma
face cinema SALAM AGADIR
Tel : 05 28 82 32 78 - GSM : 06 61 38 42 89

عمارة عشار، شارع المقاومة بحي الصناعي، أمام سينما السلام (فوق حلويات تكديرت) - أكادير
Imm Achar, Av. Mouquaouma Q.I. en face du cinema SALAM (au dessus du patisserie TAGADIRT) AGADIR
Tel. : 05 28 82 32 78 - GSM : 06 61 38 42 89

Dr. EL BOUSSAKI Abdellaziz

Traumatologue - Orthopédiste

Médecine du sport

Micro-chirurgie

Chirurgie de Rhumatisme

Lauréat C.H.U Ibn Sina Rabat

Ancien chirurgien des hôpitaux

Laâyoune - Sahara - Taroudant

Ancien attaché des hôpitaux de France (Lorraine)



الدكتور البوسافي عبد العزيز

اختصاصي في جراحة العظام والمقاييس

الطبي الرياضي الجراحية المجهورية

جراحة الروماتيزم

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات العيون وطارودانت

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لورين)

Agadir, le : ٢٤/١١/٢٠٢٢

MD 000 12A ٢٠٢٢

existe MAIS ٤

MD ٤

?

Docteur EL BOUSSAKI A.
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Imme. Achar Av. Mouquaouama
(face cinéma SALAM) - AGADIR
Tél: 0528 82 32 78 Fax: 0528 82 10 08

عمارة عشار، شارع المقاومة الحي الصناعي، أمام سينما السلام (فوق حلويات تكثيرت) - أكادير

Imm. Achar. Av. Mouquaouama Q1 "en face du cinéma SALAM" (au-dessus du pâtisserie TAGADIRT) - AGADIR

Tél.: 05 28 82 32 78 - Gsm : 06 61 38 42 89

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

02/2020
02/2023
1219106

3 760162 579741

Extramag®

TRIPLE ACTION

1 PRISE
/JOUR

Soit 100 % des AJR*

COOPER PHARMA

PPC : 95,00 DH

- MAGNÉSIUM MARIN

¹Participe à la résistance au STRESS

- VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM

²Contribuent à réduire la FATIGUE

- VERVEINE

³Aide à l'endormissement en cas
de TROUBLES DU SOMMEIL



30

Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31,5 g



V001 - 01/19
ETEXMAC030CP



COOPER
PHARMA