

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

- 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° P19- 057052

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10074 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAKHTAR LITHEV
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0361215353 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 08 / 2022
 Nom et prénom du malade : BAKHTAR R. HAB Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dysfonctionnement des reins chronique
 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 : Casablanca Le : 20 / 10 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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
26/08/22	CS		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/08/22	482,20

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/08/22	25	1500

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 606672	N° SEJOUR : 220035433	FACTURE N° 2204012911		DATE D'ENTREE : 31/08/2022		DATE DE SORTIE : 31/08/2022					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BAKHATAR,Ribah							
MALADE : BAKHTAR,Ribah											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 31/08/2022	EDITEE LE : 31/08/2022	PAR: BELKHZ	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI					
			BANQUE : BMCE - BERNOUSSI					
			N° compte bancaire : 011780000049210006006888					

RADIOLOGUE :DR.

Nom : BAKHTAR

MEDECIN DEMANDEUR
DR

Prénom : RIBAH

DATE : 31/08/2022

EXAMEN RADIOLOGIQUE **Rx** : AFP DT 30°/60°

RESULTAT

- Rotule bien centré
- Absence de bâillement latéral

SENTIMENTS CONFRATERNELS

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- * Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- * Ancien Interne des Hôpitaux de France
- * Ancien Praticien en Belgique
- * Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمان أبو شامة

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- * شهادة من جامعة لوفان ببروكسيل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات برنس
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : 26/08/2022 في : الدار البيضاء، في :

Mr BAKHTAR Rihab

Rx Femur patella
30° / 60°

Dysplasie Rotule
Sublux ?
- Subluxati ?

61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca الدار البيضاء - الألفة - شارع وادي الدرة، 61

الهاتف : 05 22 27 48 01 - Tél. : 05 22 27 48 01 - المستعجلات : 06 61 24 13 16

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- * Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles,
- * Ancien Interne des Hôpitaux de France
- * Ancien Praticien en Belgique
- * Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمان أبو شامة

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- * شهادة من جامعة لوفان ببروكسيل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بفرنس
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : 26/08/2022 : الدار البيضاء، في :

9¹⁴ BAKHTAR RICHAB

1- Vétérinaire

2- Flexion

3- Relaxin

4- Artyx

482,20

61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca الدار البيضاء - الألفة - شارع واد درعة، 61

الهاتف : 05 22 27 48 01 - Tél. : المستعجلات : 06 61 24 13 16 Urgences

3

P.P.C : 183,00 DH

Lot: F342G
DLC: 12/2024

P.P.C : 183,00 DH

Lot: F342G
DLC: 12/2024

765,0

04178

OT

OT

ppv

08,80