

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

M22- 0033684

54581

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2400 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUAYACHE Abdelhakam
 Date de naissance : 19-06-50
 Adresse : 29 Rue Boulaakoul Salah Apt 3 / mar
 Tél. : 0613167451 Total des frais engagés : 815.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDOUCACH Hassan
 Rhumatologue Médecin du Sport
 10 Avenue des F.A.R Appt. 302, Casablanca
 Tél: 0522 27 81 81 - 0522 27 77 00
 INPS: 001077669

Date de consultation : 22 / 03 / 2023
 Nom et prénom du malade : BOUAYACHE Abdelhakam Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : Casa Le : 22 / 03 / 23
 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
22/3/23	6	62	300,00	
	2.40	240	400,00	
			700,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/03/23	183,30

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
		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 :

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															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

الدكتور حسن إدشاش

Docteur Hassan IDOUCHACH

RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

Ancien Rhumatologue à l'hôpital militaire Avicenne (Marrakech) (مراكش)

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

Specialiste des :

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

اختصاصي في:

- الروماتيزم
- العظام و المفاصل
- الجهاز العضلي
- العمود الفقري
- أمراض الرجل

Casablanca, le

22/3/23.

Bouaya et Mustapha K. mal.

36.60 27 Betadine 25.
20 1; x 5 J

39.00 27 7e J 152.
N mal

37.00 31 Acetamin 500.
N x 3 J;

70.70 47 Zalmon 300.
N 11

183.30

PHARMAS
LOT : 2601
UT.AV: 09-25
P.PV: 36DH60

P.PV :
LOT :
EXP :

LOT 22002
PER 12/24
PPV 70DH70

صيدلية الرازي
PHARMACIE ARRABI
أحمد زكي صيدلي
152, Rue des Angles
Tél 022.26 13.03 CASA

Dr. IDOUCHACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des FAR - Résidence le RIF - Appt 302, Casablanca
Tél: 0522 27 81 81 - 0522 27 77 00
INPE: 091077669

10, شارع الجيش الملكي - إقامة الريف - الشقة 302 الطابق الثالث - (فوق سينما الريف) - البيضاء - الهاتف : 05 22 27 81 81 / 05 22 27 77 00
10, Av. des FAR - Résidence le RIF - Appt 302 - 3ème étage - (au dessus du Cinéma RIF) - Casa - ☎ : 05 22 27 81 81 / 05 22 27 77 00

الدكتور حسن إدشاش

Docteur Hassan IDOUCHACH

RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

Ancien Rhumatologue a hapital militaire Avicenne (Marrakech)

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

Specialiste des :

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

اختصاصي في :

- الروماتيزم
- العظام و المفاصل
- الجهاز العضلي
- العمود الفقري
- أمراض الرجل

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Casablanca, le 22/3/23

NOM ET PRENOM :

BOUA /ACH Just pl Kanak

RADIOS PRATIQUÉES :

Ra fersur de fca delatela
fmg

INTERPRETATION :

- constaté une arthrose
bilateral modérée.
- Goutteux pas pathologie

Dr. IDOUCHACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des FAR Appt. 302, Casablanca
Tél: 0522 27 81 81 - 0522 27 77 00
INPE: 091077669

الدكتور حسن إدشاش
DOCTURE HASSAN IDOUCHACH
RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT
ICE : 00920118000016

FACTURE N° : 95/23

Nom et prénom : BOUACHA MUSTAPHA
KAMAL

Date: 22.03.23

me Consultation + 2RADIO'S

Soit 300 NH + 400 NH = 700 NH

Facture arrêtée à la somme
de Sept Cents dinars.

Dr. IDOUCHACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des F.A.R. Appt. 302, Casablanca
Tél: 0522 27 81 81 - 0522 27 77 00
ICE: 00920118000016