

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-781364

157373



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1262	Société : Ray		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Belbeida Abdellah
Nom & Prénom : (950)			
Date de naissance : 1950			
Adresse : Johara lotissement Bel Lagoon n°59			
Tél. : 0607888802 Total des frais engagés : Dhs			

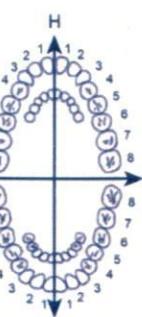
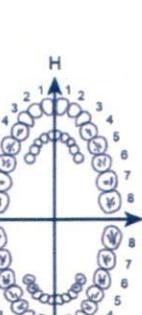
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18/03/99			
Nom et prénom du malade : Age : 67 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 1/6/1999			
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) :			

DR MEROUANE ABDELLAH

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE JOBOUAI</i> SIDI MOUHEN BP 100 0343	<i>25/04/23</i>	<i>127,60</i>
		<i>102,60</i>
		<i>102,60</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachez et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
MED STAQUET CIE Dr. Al Arjouné Hôpital Casablanca 05 22 80 04 31 - 05 22 80 03 68 05 22 80 04 16 - 07	13/04/2023					350.00

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 														
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B
				H	G													
				25533412 00000000	21433552 00000000													
				D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553																	
B	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
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"/>																		



Casablanca le :

05-04-2023

BELBEIDA ABDELLAH

22,00

CEDOL CP

1 matin 1 midi 1 soir pendant 10 jour

31,10

DICLO 50 CP

1 matin 1 soir pendant 10 jour

28,80

VITANEVRYL FORT

1 matin 1 midi 1 soir pendant 3 mois

45,70

COLTRAX CP

1 matin 1 midi 1 soir pendant 10 jour

127,60

PHARMACIE JOBRANI
JORRANI LAÏLA
Dr. ABOUCHANE Merouane
Chirurgien Orthopédiste
427 Bd Souhaib Arroumi Sidi Bernoussi
Tel: 05 22 75 15 75
28, Rue 2, Lai, Sidi Moumen Casablanca
Tel: 022 70 03 43

S.V

LOT : 5636
PER : 12 - 25
P.P.V : 31 DH 10

S.V

PPV 28,80
LOT
PER

S.V

45,70

⌚ N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} etage Sidi Bernoussi Casablanca
أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

⌚ 06 63 73 01 79 ☎ 05 22 75 15 75 ⚡ dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



Casablanca le : 05.04.2023

Compte rendu de la radiographie :

• Identité : BELBEJDA Abdellah

• Radiographie : R.X Bassin Face
R.X Rachi Profil

• Interprétation :

- Atteinte osseuse étagée.
- Modèle ossé

Dr ABOUCHANE Merouane
Chirurgien Orthopédiste
Boulevard Souhaib Arroumi Sidi Bernoussi
427 92 Casablanca
Tel: 05 22 75 15 75

• N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} étage Sidi Bernoussi Casablanca
أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

06 63 73 01 79 05 22 75 15 75 dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



Casablanca le :

05/11/2023.

Bellbelha sghileha

Lombstab. /m/

Dr ABOUCHANE Merouane
Chirurgien Orthopédiste
427 Bd Souhaib Arroumi Sidi Bernoussi
Tel 05 22 75 15 75

~~KITMED SLAOUI ET CIE~~
~~22, Rue Labeyrie Al Riaouia~~
~~Quartier des Hôpitaux - Casablanca~~
~~Tel: 05 22 86 54 31 - 05 22 86 03 65~~
~~Fax: 05 22 80 04 15~~
~~350,00~~

📍 N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} etage Sidi Bernoussi Casablanca
 أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

📞 06 63 73 01 79 ☎ 05 22 75 15 75 📩 dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



" Casablanca le : 05. 06. 2023

Note d'honoraires :

Je soussigne que Mr BELBEJDA Abdellah

à bénéficier de l'acte suivant avec l'honoraire correspondant :

- Consultation de spécialiste :** 250 DHS
- Radiographie :** 200 DHS
- Immobilisation plâtrée :**
- Ablation de plâtre :**
- Acte de chirurgie :**
- Infiltration articulaire :**
- Pansement :**
- Autres :**

⌚ N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} étage Sidi Bernoussi Casablanca
أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

⌚ 06 63 73 01 79 ☎ 05 22 75 15 75 ✉ dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13

AU COMPTANT :

Client : BELBEIDA
Abdelph

Casablanca, le 13/04/2023

Notre Marchandise n'est ni Echangée ni Retournée

Référence	Désignation	P.U.T.T.C	Total T.T.C
	<p>Ceinture dombaine B5-018</p> <p>1 x 250</p> <p>250</p>		

KIT MED SIAQUET CIE
 33, Rue Lahcen Al Arjoune
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca
 Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66
 Fax: 05 22 60 04 16. C7