

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'Ho Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-014162

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005365 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : décédé AG2417
 Nom & Prénom : Sahmoud Abderrahman
 Date de naissance : 24/09/1958
 Adresse : 26 pass zineb ennafzaouia hay ez zahra Berrechid
 Tél. : 06.72.17.40.41 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

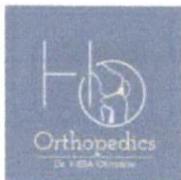
Cachet du médecin : **Dr.HIBA OTMANE**
 Traumatologie - orthopédie
 24, Bd Brahim Roudani
 Lot Al maghrib Ar jadid Berrechid
 TMS: 021240882
 Date de consultation : 02/05/2023
 Nom et prénom du malade : BASSINE FATIMA Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : epine calcaneenne
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Docteur HIBA Otmane
Chirurgien orthopédiste
traumatologue



الدكتور هيبية عثمان
اختصاصي في أمراض و جراحة
العظام و المفاصل

FACTURE

Nom du Patient : BASSINE FATIMA

Date : 02/05/2023

Organisme : PAYANT

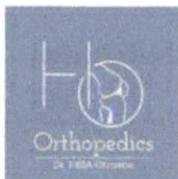
CONSULTATION	250.00 DH
RADIOGRAPHIE DU PIED	200.00 DH
INFILTRATION	300.00 DH
TOTAL	750.00 DH

La Réception

Dr.HIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24 , Bd Brahim Roudani
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid
INPE: 021240882
BERRECHID LE: 0210512023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteurothmane4@gmail.com
24, شارع براهيم الروداني، تجزئة المغرب الجديد، الطابق السفلي، برشيد (قرب مطعم عز الشام)
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteurothmane4@gmail.com

Docteur HIBA Otmane
Chirurgien orthopédiste
traumatologue



الدكتور هيبه عثمان
اختصاصي في أمراض و جراحة
العظام و المفاصل

COMPTE RENDU DE RADIOGRAPHIE DU PIED PROFIL

Nom du Patient : BASSINE FATIMA

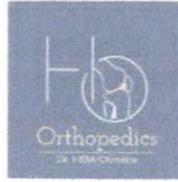
Date : 02 /05/2023

- Présence d'une épine calcanéenne pointue.
- Articulation de cheville sans particularités.
- Trame osseuse légèrement ostéoporotique.
- Reste du bilan sans particularités.

Dr.HIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24 , Bd Brahim Roudani
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid
INPE: 021240882
BERRECHID LE: 02/05/2023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteurothmane4@gmail.com
24, شارع براهيم الروداني, تجزئة المغرب الجديد, الطابق السفلي, برشيد (قرب مطعم عز الشام)
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteurothmane4@gmail.com

Docteur HIBA Otmane
Chirurgien orthopédiste
traumatologue



الدكتور هيبه عثمان
اختصاصي في أمراض و جراحة
العظام و المفاصل

DEMANDE RADIOGRAPHIE

DU PIED

Nom du Patient : BASSINE FATIMA

Date : 02 /05/2023

Dr.HIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24 , Bd Brahim Roudani
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid
INPE: 021240882

BERRECHID LE: 0210512023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteurothmane4@gmail.com
24, شارع براهيم الروداني, تجزئة المغرب الجديد, الطابق السفلي, برشيد (قرب مطعم عز الشام)
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteurothmane4@gmail.com