

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0040316

06 68 79 44 52

16.74

Société :

R.A.M.
retraitée

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

A.R.SALANE Naïma

Date de naissance :

1953

Adresse : 30, Rue imam Bourguiba Yacoub el

mansour mai 2016
Tél. : 06 68 79 44 52 Dhs
75, Boulevard Hassan II

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Tél. : 05 22 25 25 13
Fax : 05 22 25 25 07

Date de consultation : 01/06/2016

Nom et prénom du malade : A.R.SALANE Naïma Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur dans les jambes et

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
21-06-23	Km TJS 50	15 TJS 50	300,-
21-06-23	130 TJS 120	15 TJS 120	300,-

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
01-06-2023	6/7/23	PHARMACIE TEFMOUSS 25 77, Rue Ibn Khaldoun, Hay Youssef Berrechid - Tel: 0522 53 31 88 ICE: 0050881800024 - INPE: 062057401

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

DRISSI
Dr. N. LATEF IDRISSI
Chercheur et signature du Médecin
restant le Représentant des Actes
TRAUMATO SOCIETY
35 Boulevard Massé
Khadra

Tél. : 05 21 25 25 16
Fax : 05 21 25 25 07

	RAUMATO	Massif	A	K	lacis
75, Boulevard Massif	105	22	25	25	6
ant de la Faculté	105	22	25	25	17
L'Asile Hay Tasche	105	22	25	25	17
Miss Hay Tasche	53	37	88		
2522	53	37	88		

Tel: 032
18000024 INPE: 0020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

ra important

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

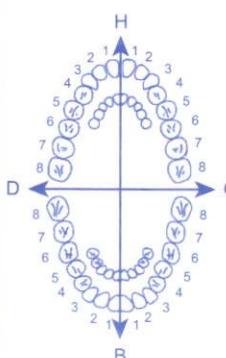
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

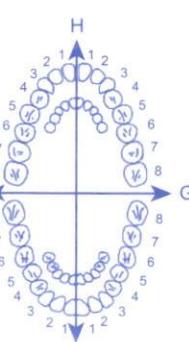
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																				

Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الا دريسي نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنانت

رئيس قسم وجراح مستشفيات بنانت

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Casablanca, le : 01-06-2023
Mr. (Mme) : DR. LATIF IDRISI
Tél. : 05 22 25 25 07
Fax : 05 22 25 25 16

Mr A RAYLOVE 76 ans

Perte de sensibilité dans

st et gauche abdome

et il s'agit de métamise

de st et gauche

Il n'y a pas d'abcès

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 07
Fax : 05 22 25 25 16

Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique



الدكتور لطيف الادرissi نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنانت
ليس قسم و جراح مستشفى بنانت
عضو بالجمعية الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le :

٢١-٥-٢٠٢٣

Mr. (Mme) :

ABDELMALIK NAFISSA : السيد (ة)

320x2

G 2000 - 1500 abd.

320
Depuis quel 8? Abd

1722

PHARMACIE YASMINA
77, Rue Ibn Nafis Hay Yasmina
Barrechid - Tél: 0522 53 31 88
ICE: 0522 53 31 88 - NRE: 0522 51 401

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07

PPC: 320,00 DH

Neutr



8 906065 443016

L

C

PPC: 320,00 DH

Nc



8 906065 443016

LOT/EXP.:

GX5204

11/2027

P.P.V: 37DH70