

## 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.

N° W19-460080

47516

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>M053</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<b>SAHBANI KHALID MUPRAS</b>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <b>18.12.68</b>	16 NOV. 2020		
Adresse : <b>Lot 314 La Jauge Bou Skoura</b>			
Tél. : <b>0663538767</b>	Total des frais engagés : <b>1400 Dhs</b>		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>04.09.2020</b>	Age : <b>SAHBANI Youssef</b>		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : <b>Clinodactylie des 2 doigts des orteils</b>	<input type="checkbox"/> Enfant		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>15 NOV. 2020</b>			
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) :

**ACCUEIL**

**MUPRAS**

### RELEVE 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
04/09/20	C3		300,00	INP : 1001111111111111 PROFESSION DE CHIRURGIE ET D'ORTHOPÉDIE Orthopédie Pédiatrique 237, Boulevard Lalla Aïda - Casablanca Tél. 05 22 04 25 09 E-mail : a.refassagh@wanadoo.fr

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. BEAUMAIN RADIOLOGISTE Dr. Nassim Eddouzi Angle 201, Avenue Hassan II Tél. 05 22 04 25 05	02/09/2020	A priori de France	300,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
RADIOLOGISTE Dr. Nassim Eddouzi Angle 201, Avenue Hassan II Tél. 05 22 04 25 05						

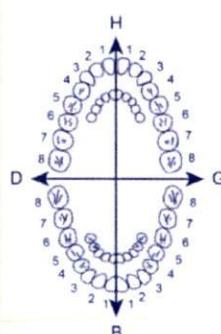
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

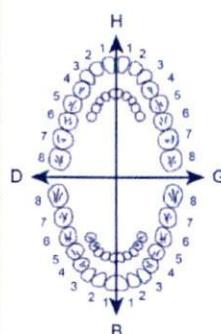
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le

04 SEP. 2020

Sahbani Youssef

Divaractylie des 2  
gross de kis.

Rx des 2 serrat. pieds  
face sous planterre

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - Dr BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nasseh Eddine Rés Anta 1 - Casablanca  
Tél : 0522.25.73.13 - 0522.25.75.05

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique  
237 Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 0522.94.20.00 - INPE : 091119495  
Fax : 001679391000083

Cabinet : Résidence Kheir - 237, Bd. Zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

Clinique : 50, Bd Abderrahim Bouabdil - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

# RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°01831/20

Casa 22.09.20

Nom & prénom : SAHBANI YOUSSEF

Examens	Prix
Rx ; Avant pieds de face	300.00
TOTAL :	<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Trois cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA  
Casa. **0522.25.73.13-0522.25.75.05** Patente:35803986 TVA: 817742  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

*RADIOLOGIE SOCRATE  
ANFA  
Bd Brahim Roudani - Dr BENYANI  
Nassih Eddine Res Ana 1 Casablanca  
Tel 0522.25.73.13-0522.25.75.05*



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذه العباسي  
*Dr. Mohammed BELCADI ABASSI*

الدكتور جمال بناني  
*Dr. Jamal BENNANI*

Casablanca, le : 22/09/20

NOM : SAHBANI  
PRENOM : Youssef  
MEDECIN TRAITANT : PR. REFASS A.

## Deux avant pieds de face

- Absence de lésion osseuse focale .
- Respect des interlignes articulaires .

## CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - Dr BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés Anfa 1 - Casablanca  
tél 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05