

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 la consultation doit être jointe en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

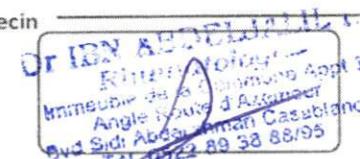
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

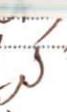
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1624</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AKRAM Abdelmajid</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1949</u>			
Adresse : <u>LOT LA TOUNE NR 469 CASA BLANCA 20190</u>			
Tél. : <u>0522932094</u>	Total des frais engagés : <u>1125,00 DH</u>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>DR IEN ABDELMAJID</u> Rattaché à l'Assurance Accès Immeuble des 3 Continents Agadir Angle Avenue d'Angoulême Bvd Sidi Abdellah Ben Casablanca Tel: 0522 89 38 88/95			
Date de consultation : <u>30/11/20</u>			
Nom et prénom du malade : <u>AKRAM ASNA</u> Age: <u>62</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Gonalgue</u>			
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 votre médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) : AKRAM ASNA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
30/11/20	O2		250,00	INP : DP11DB665PT DR INP AB381 D11.11.2020 RÉTENTION DE 10% SUR LE MONTANT ADMIS A LA DATE DE LA PRESTATION

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE STEHEMS Essalam 11/14 - 90 Liss. Ita Casablanca</i>	30/11/2020	<i>PHARMACIE STEHEMS Essalam 11/14 - 90 Liss. Ita Casablanca</i> 676,3

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);"><i>Dr Idriss ABDELLAH</i></p> <p>Radiologue - Immeuble 2^e étage Angle rue d'Alger et Casablanca Bvd Sidi Abdellah 3848095 Tel 0522 893848095</p>	30/10/00	C2	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

RELEVÉS 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 canalaires, ainsi que

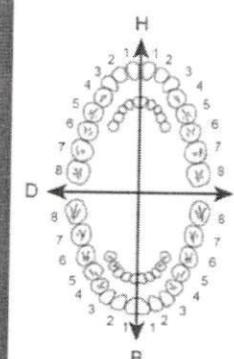
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Specialiste des Maladies des Os et Articulations
الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Yousra Akram Asmaa

Casablanca le : 30/11/20

52,-

2) Voltaecc Deepo

1 soppo 1 j

60,-

2) Voltaecc eneigel

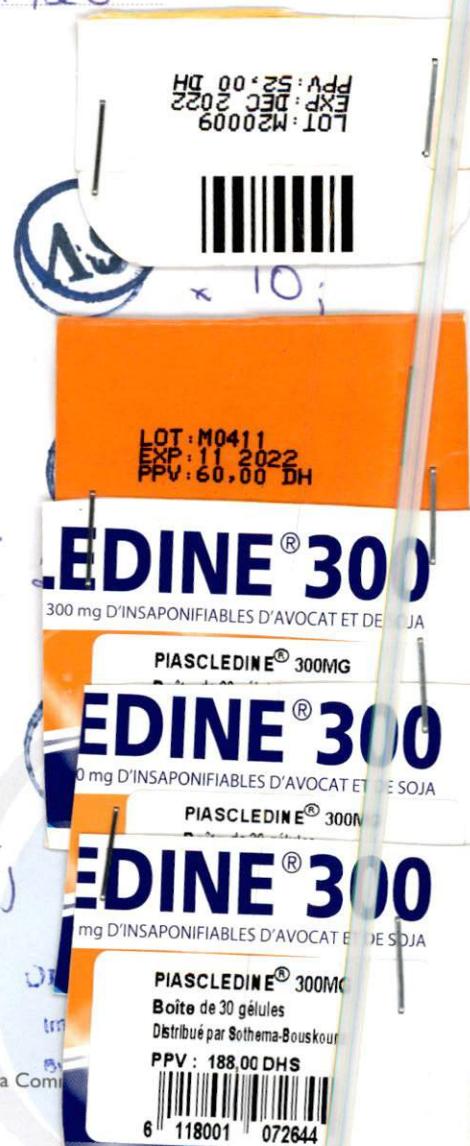
1 app x

181,- X 3.

3) Piasclé Jea 300

1 gel 1 j

676,-



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Comptoir

05 22 89 38 88 /95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Dr, Houda IBNABDEIJALIL

Rhumatologue

Casablanca le, 30/11/2020

FACTURE

NOM ET PRENOM : M^{me}, AKRAM Asma

EXAMEN FAIT : Rx du GENOU FROITE FACE

MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

« DEUX CENT DIRHAMS ».

Dr H. IBNABDEIJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la commune Appt N° 3-
3^{ème} Etage Casablanca Tél : 0522893888/FAX : 0522893895
Bd Sidi Abderrahmane Angle route d'Azemmour
Tel : 0522 89 38 68/96

Dr, Houda IBNABDELJALIL

Rhumatologue

Casablanca le 30/11/2020

FACTURE

NOM ET PRENOM : M^{me}, AKRAM Asma

EXAMEN FAIT : Rx du GENOU FROITE FACE

MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
« DEUX CENT DIRHAMS ».

Dr HODA IBNABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt N° 3
Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderrahmane
Bd Sidi Abderrahmane Casablanca
Tél 0522 89 38 68/95

Dr, Houda IBNABDELJALIL

Rhumatologue

Casablanca le 30/11/2020

Patient : AKRAM Asma

Médecin traitant : **IBNABDELJALIL Houda**

Rx du GENOU DROIT

EN CHARGE DE FACE+PROFIL

- ❖ Discret pincement fémorotibial interne et fémoro-patellaire.

Confraternellement

Dr H. IBNABDELJALIL

DR H. IBNABDELJALIL H.
Rhumatologue
Mme Houda IBNABDELJALIL Appt 3
Angle route d'Azemmour & Bd Sidi Abderrahman
Bvd Sidi Abderrahman Casablanca
Tél 052289888 052289895