

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

N° W19-578697

50736

X

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11890	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Auto.	
Nom & Prénom : HATIDI HASNA			
Date de naissance :			
Adresse : 14 Bloc F DEROUA			
Tél. : 06 74 45 65 42	Total des frais engagés : 3017,30 DHS		

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Abdelkrim LAROU Spécialiste en Traumatologie Orthopédie Bureau B, N°258, Rue Mustapha El M Casablanca Tél. : 05 22 20 45 45 </div>			
Date de consultation : 20/10/20			
Nom et prénom du malade : HATIDI HASNA			
Age:			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : DL gencive, gencive et gencive			
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 :			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente dé
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données perso

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32 Operation Assalam Oulfa - Casablanca Tel : 05 22 93 22 31	20/10/20	437,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/12	E 28 Z X E 28 Z X 03 E 28 Z X 03 E 28 Z X 03 E 28 Z X 03 E 28 Z X 03	28000

AUXILIAIRES MEDICAUX

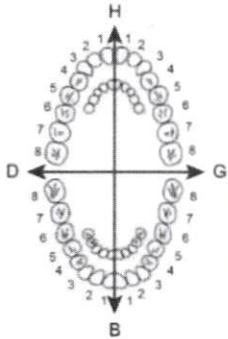
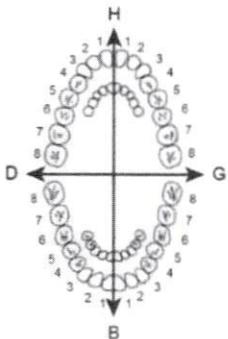
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			B	G	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
				B												
		G	00000000	11433553												
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Abdellatif Lachhab
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N°258, Rue Mustapha el
Mers Sultan - Casablanca, Maroc
Tel.: 05 22 22 33 00
Casablanca, le 20/10/2000

Mme HANNE HABIB

30,00

49,40

rx des 2 fessiers
400

face + profil
150 150

RF 30°, 60° et 90°

rx bain de face 150

rx genou G + D 49,40

face / rotinette
" " est 400
" " mt -

profil de Louey



LOT : 20076
PER : 07/22
PPV : 144,310 DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIAZ
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Casablanca, le

20/10/2000

~~H~~

Mme HANAN HAFNA

30,00

4 Mallet SV

agx x 3 jrs finir

anafax 3

49,60 x 2 agx 3 finir

59 Colmax SV
agx 3 x 30

82,10x2

31. Tiskwir SV 820/-

18 720/-

144,30

9. Ubeleb lebel 20g
SV

143,30 721,-

~~143,30~~

Dr BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 22 31

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 02/11/2020

N/Ref :Facture N° FA8682/20

Nom & Prénom : **HAMDI HASNA**
Date d'examen : 02/11/2020

Examen(s)	
EPAULES GENOUX + IFP EPAULES BASSIN F	
Montant TOTAL	2280 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE DEUX CENT QUATRE VINGT DH

*Dr BERRADA M. et Dr BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05*

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca, le 02/11/2020

Mme. HAMDI HASNA
DR LARGAB ABDELKrim

Rx DES DEUX EPAULES FACE (RN + RI + RE) +
PROFIL DE LAMY :

- Pas d'anomalie gléno-humérale.
- Pas d'anomalie acromio-claviculaire.
- Pas d'anomalie des parties molles.

Rx DES DEUX GENOUX F/P + IFP 30°, 60° ET 90° :

- Pas d'anomalie ostéo-articulaire.
- Pas de foyer osseux focalisé.
- Minéralisation osseuse normale.
- Pas d'anomalie des parties molles.
- Pas de signe de subluxation ou de bascule de la rotule.

Rx BASSIN FACE:

- Bassin symétrique.
- Pas d'anomalies des articulations sacro-iliaques ou coxo-fémorales.
- Pas d'anomalie osseuse.
- Minéralisation osseuse normale.

Dr. BERRADA M.

Avec mes amicales salutations.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADAM. BERRADA M.
17, Rue Ned Bahi
Tél: 022 257482
0522 237705

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benni al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591



**INEXIUM® 20 mg,
comprimé gastro-résistant**

ésoméprazole

إينكسيوم® 20 ملخ ،
قرص صامد لحموضة
المعدة
ازومبرازول