

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-471408



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 22776			
Matricule : 9731	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FASSIL RAMA			
Date de naissance : 13/01/64			
Adresse : Habtuelle			
Tél. : 0522912203	Total des frais engagés :	1045 70	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>PROFESSOR CHIRURGE ORTHOPÉDIQUE 001</i>			
Date de consultation : 22/01/2020			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : GATIODE UNE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL SIEGERAM			
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. 25 FEV. 2020			

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) : **f2**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Marzouq Lahraoui cena Formé Médecin docteur en Pharmacie Lauréat de la Faculté de Pharmacie de Lyon	22/01/12	245,80 HT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
22/01/2024	22/01/2024	Recherche	300
		Recherche	200
		Recherche	200
		Recherche	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	D	G	
	25533412	00000000	21433552	
	00000000	00000000	00000000	
	35533411	11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Professeur M. D KHISI

- . Chirurgie Traumatologique
 - . Orthopédique et Réparatrice
 - . Chirurgie de la Colonne Vertébrale
 - . Chirurgie Prothétique
 - . Arthroscopie



الدكتور محمد دخيسي

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca le

22/01/2020

74 Fazil Naim
Dr. Marzouq Ibrahim
Resident en Pharmacie
de pharmacie
1580711

Pharmacie Marzouk khrouaoui casa
Found Marzouk casa en pharmacie
Laureat du 1er prix de pharmacie
de Bon France - CP : 041560711

1981^o Noliteptol Gel
n. 87 - 21115
47,80 DAFEN 226 (15) |

478

Partageons l'heure du changement
Forum régional sur les politiques de l'eau
du 1er au 3 juillet 2007 à Paris

PVC: 198,00 DH

A blue ink stamp containing the following text:

Professeur M. DRESSI
Chercheur à l'INRS
Travail : 2103635 Casablanca 3
Tel. 2103635 Casablanca 3
73, rue Aboucouni S.A.S.
Casablanca 3636 - Tel. 592 86 36 36 - Fax: 0322 18 05 30

301 مركز الميراج (بين شارع عبد المؤمن وشارع أنوال) الطابق الأول - الرقم 14

301, Centre Al Mirage Angle & Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1 étage N° 14 - Casablanca

Tél. : 05 22 86 08 08 / Fax : 05 22 86 09 94



Casablanca le 22/07/2020

112

M^{me} Fasil Naïma

Radiographie de la cheville g.^e. F + P

Radiographie du pied g.^e. de face

Professeur M. D KHSSI
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
Traumatologique & Réparatrice
Tel: 0522 86 36 36 - 0522 86 05 30
CLINIQUE AL AMINE
112 Avenue Ibn Jaljal Casablanca
Abou Marouane Abdemalek
Tél: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 86 05 30
E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr

Professeur M. D KHILLI

- . Chirurgie Traumatologique
 - . Orthopédique et Réparatrice
 - . Chirurgie de la Colonne Vertébrale
 - . Chirurgie Prothétique
 - . Arthroscopie



الدكتور محمد دخيسي

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca le

Le PASSIL Natura
Capté dans Radio
- Rue Chevillé 61100
F+P
Rx Predelle
A benzyl le bétanidoline
Transfugation interne et
Collaboration avec
extens d'offres au niveau
Professeur M. D KHISI
CHIRURGEON & GÉNÉRALISTE
Traumatologie & Réadaptation
Tél : 22 86 36 36 - Casablanca
73, Angla - Rue Ibn Sina
S'Abcumerouane Abdellah
e-mail : CAS ABLA NCA
tél : 22 86 36 36-Fax: 0522 11

301 مركز الميراج (بين شارع عبد المؤمن وشارع أنوال) الطابق الأول - الرقم 14

301, Centre Al Mirage Angle & Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1 étage N° 14 - Casablanca

Tél. : 05 22 86 08 08 / Fax : 05 22 86 09 94



22/01/2020

Casablanca le

Facture N° 35

Nom et Prénom	Mme ; Fasil Naima
Medecin Traitant	Pr Dkhissi
Date	22/01/2020

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Pr Dkhissi	C3	300,00	300,00
Radio de la cheville gch F+P	Z	300,00	300,00
Radio du pied gch de face	Z	200,00	200,00
800,00			

Arreter la presente facture a la somme de :

Huit cents dhs ,

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
el Aboymarouane Abdelmalek
CASABLANCA
Tel: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 86 05 30

le 22/01/2020

Antestation

Pour le présent, je souhaite porter à votre connaissance les circonstances de mon accident le 22/01/2020. Le matin du 22 Janvier, en faisant une toilette je me suis foulé le pied à bout de pied dans la baignoire (entre le pied gauche et pied droit).

Nana FASAI

JL N° 9731.