

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Matricule : 6711 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

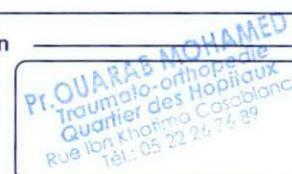
Nom & Prénom : ARAJ ABSALLAH

Date de naissance : 13.08.1953

Adresse : 158, lot ADAPACCA Casablanca

Tél. : 0673 321638 Total des frais engagés : 4801.02 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation 03.06.2013

Nom et prénom du malade : ARAJ ABDELLAH Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

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 : 03.06.2013 Le : 03/06/2013

Signature de l'adhérent(e) :

ARAJ ABSALLAH

## 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
03/06/2020	CR		G	Pr. QUARAB MOHAMMED Traumatologie Gouvernement des Nouveaux Sheikh Ibn Khatib Al-Asqâlabânia Tel.: 05 22 27 76 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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
		AM	PC	IM	IV	
ENTRE ALEXANDRE HOM 19, Bd. Abdelmoumen Casablanca	2015 12/16	24				100000000

## 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'IRM.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Mohamed OUARAB

Ex Chef de service de Traumato - Orthopédie

CHU Ibn Rochd Casablanca

Traumato - Orthopédie

Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques - Microchirurgie



البروفسور محمد واعراب

رئيس سابق بقسم جراحة العظام والمفاصل  
ابن رشد الدار البيضاء

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة التقويمية - جراحة اليد

جراحة الأعصاب الطرفية - الجراحة المجهرية

Casablanca, le :

030628

NE ARAJ Abdellah

Le Samedi

Reéducation

Rachis lombaire

Pr. OVARAB MOHAMED  
Traumato-orthopédie  
Quartier des Hôpitaux  
Rue Ibn Khatima Casablanca  
Tél: 05 22 26 76 89

CENTRE ALEXANDRE HOMÉ  
119, Bât. Abdelmoumen  
Tél: 05 22 22 58 21

زاوية زنقة القيد بن نجم وزنقة ابن كاڭة، حي المستشفيات - الدار البيضاء

Angle de la rue kaid ben nejm et rue ibnou khatima - quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél : 05 22 26 76 89 - GSM : 06 64 18 18 18

CENTRE ALEXANDRE HOME  
119, Bd. Abdelmoumen  
Tél: 0522 22 58 21

**Patient: MR ARAJ ABDELLAH**

**DEVIS**

Numéro	Date	Médecin traitant	Kinésithérapeute
124/20	03/06/20	PR OUARAB MOHAMED	MME GHENJAOUI F,Z

Traitements	Nombre de séances	Prix Unitaire	Honoraires
REEDUCATION DU RACHIS LOMBAIRE	24	200	4800
Montant total des honoraires			<b>4 800,00</b>

*CENTRE ALEXANDRE HOME  
119, Bd. Abdelmoumen  
Tél: 0522 22 58 21*