

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-549463

MA  
AVE Pti  
pon 30 0012

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)    Matricole : 2543    Société : 68305

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : CHIBIANE EL HASS

Date de naissance : 16/11/1937

Adresse : Lot SIMARA Ben 13 N° 150 oufja

CASA    Tél. 0662 12 56 58    Total des frais engagés : 762 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/14/21

Nom et prénom du malade : CHIBIAN EL Hass

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : Appendicite

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 :    Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVÉ 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
13/6/21	12	12	250,000 1300,000 - 550,000	INP : 03107763
	7nd	730		Dr. M. DUUCIN, Médecin du Sport, A.R. Appt. 30

		EXECU
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		
		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INTERVE</i> <i>1218 06 05 04 03 02</i> <i>06 60 40 03 03</i>	<i>13/04/2021</i>	<i>300,00</i>
	<i>12/04/2021</i>	<i>219,00</i>

**Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue**

AUXILLIAIRES MEDICAUX

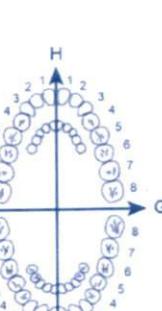
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVÉ 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"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>-----</td><td>-----</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	-----	-----	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
-----	-----													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور حسن إدشاش

Docteur Hassan IDOUCHACH

RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

Ancien Rhumatologue à l'hôpital militaire Avicenne (Marrakech) اخصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

**Specialiste des :**

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

اختصاصي في:

- الروماتيزم
- العظام و المفاصل
- الجهاز العضلي
- العمود الفقري
- ألم الظهر

Casablanca, le

13/4/20.

79,00

CHIBIAN EL Henn

37.70

u/ Repronadrol 80 mg L  
5 ml



79,00

u/ Redral 15 mg.



14,00

30/ Klipel  
100x30 ml.



82,10

u/ Eucryg (60 ml)  
u/ sp. c. t.



982,80.

05 22 27 81 81 / 05 22 27 77 00

10, Av. des FAR - Résidence le



82,80  
LOT 20002 P.E.R 10/2/21 P.P.V 82002

الدكتور حسن إدشاش  
Docteur Hassan IDOUCHACH  
RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT  
ICE : 00920118000016

FACTURE N° : 133/ n

13/4/21.

Nom et prénom : Chibrian EL Hanou

une consultation = 200. در

2 consul. = 400 در

Total = 550. در

La facture est arrêtée à la somme  
de cinq cent cinquante dirhams

Dr. IDOUCHACH  
Rhumatologue Médecin du Sport  
10, Avenue des F.A.R. Appt. 302  
Tél. : 022 27.81.81 - Casablanca

# الدكتور حسن إدشاش

## Docteur Hassan IDOUCHACH

### RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

Ancien Rhumatologue à l'hôpital militaire Avicenne (Marrakech) خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

#### Specialiste des :

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

#### اختصاصي في :

- الروماتيزم
- العظام والمفاصيل
- الجهاز العضلي
- العمود الفقري
- أمراض الرجل

### COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Casablanca, le ..... 13/4/21 -

NOM ET PRENOM : CHIBIAN EL Henan

RADIOS PRATIQUÉES : M neck cervical F/P

INTERPRETATION : maladie de la colonne cervicale  
diarthre étage

M. IDOUCHACH SSA  
Rhumatologue Médecin du Sport  
10, Avenue des FAR, Appt 302  
Casablanca  
Tél: 022 27 81 81