

# 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
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.

**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



6913 68432

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014783

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABOU AISSA Date de naissance : 28/3/57  
Adresse : 10 Rue Morcuba n°11 - 20380  
Tél. : 0665 760 315 Total des frais engagés : 507,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/3/2021  
Nom et prénom du malade : Abou Aissa Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur fessière  
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 : Casablanca Le : 11/3/2021  
Signature de l'adhérent(e) : A. Aissa





# 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
11/3/21	C2		250,00	Dr. IEN ABDELRAHMAN Rhunimologie Immeuble 05 Angle Ave Sidi Abdou Moukhtar Casablanca Tel: 0522 59 38 88/89

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BELCADI - Dr. BEN 240, Bd Brahim Roudani Tél: 05 22 59 38 88/89	15/03/21	57,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE SOUS-ENTRÉE Dr. BELCADI - Dr. BEN 240, Bd Brahim Roudani Tél: 05 22 59 38 88/89	11/3/21	N. F. Elmor ghe de r.	200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

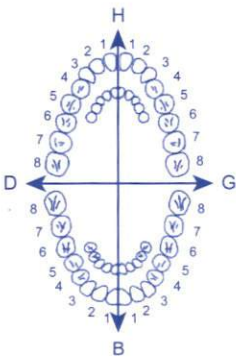
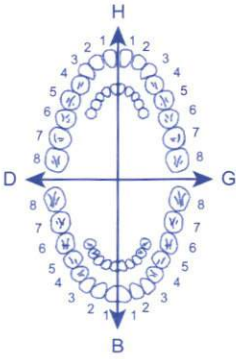
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





الفحص بالأشعة سقراط  
RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

M<sup>le</sup> 6913

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 11/03/21

NOM : ABOUAISSA

PRENOM : Mohamed

MEDECIN TRAITANT : DR. IBN ABDELJALIL H.

Fémur gauche de face

- Absence de lésion osseuse focale .
- Absence d'anomalies en regard de l'articulations coxo-fémorale .

CONFRATERNELLEMENT

DR. M. BELCADI

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - Dr BENNANI  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa - Casablanca  
Tél. 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05





Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

M<sup>r</sup> Abouaissa Mohamed

Casablanca le :

11/3/21

146913

1) Rx de fémur gauche de face

Dr. IBN ABDELJALIL H.  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune, Appt 3  
Angle Route D'Azemmour  
Bd Sidi Abderahmane, Casablanca  
Tel: 0522 89 38 88 / 95

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Res Anfa 1 - Casablanca  
Tel: 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

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



# RADIOLOGIE SOCRATE

ME 6913

FACTURE N°00496/21

LE 11 .3.21

Nom & prénom : ABOUAISSA MOHAMED

Examens	Prix
Rx ; fémur gauche de face	200.00
TOTAL :	200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADJ Dr. BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés Anfa 1 - Casablanca  
Tél 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05





Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

M<sup>r</sup> Abouaissa Mohamed

Casablanca le :

15/3/21

M<sup>e</sup> 6913

1) Alyse 25

1 gel / j

le soir x 15j

28700 x 2

ROUTE D'EL JADID  
240, Bd Brahim Roudar  
Tél: 05 22 89 38 88

2) Vitacecyl forte

1 cp x 3 / j

x 15j

57600

Dr IBN ABDELJALIL H.  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune, Appt 3  
Angle  
Boulevard Sidi Abderahmane, Casablanca  
Tél: 0522 89 38 88