

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

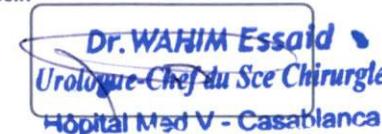
- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-468480

83820

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1097	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Boudrare LARBI
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 30-06-47			
Adresse : 23, RUE CHAHOUR, FERME BRETONNE			
Tél. : 06 77 80 46 36		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SAFRI TOURIA (ep. Boudrare) Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : **28/07/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/07/2021**

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
26/07/2021	anap	1		INP : 0991042848

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

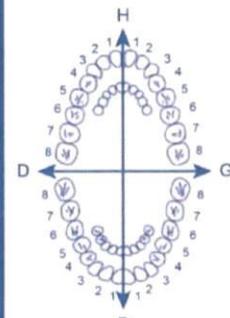
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOTLOGIE SOUKAII Dr. BELCAFTI Dr BENNANI Angle Bd Brahim Roudani Rue Nessim Eddine Res Anta 1 - Casablanca Tél. 0522 25 72 13 - 0522 75 21	26.7.21	Rx. Radios Imagerie R&O	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

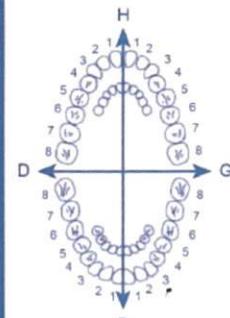
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Préfectoral
Aïn Sebaâ Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الإقليمي
عين السبع الحي المحمدي
مستشفى محمد الخامس
الدار البيضاء

Casablanca, le

26/07/2021

N° d'Entrée :

Service de :

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom et Prénom du malade

SAFARI Tousir.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	INTERPRETATION
<p>Rx d'uréthrite lombaire - fœ</p>	

LE MEDECIN TRAITANT

Dr WAHIM Essaid
Urologue-Chef du Service Chirurgical
Hôpital Mohammed V - Casablanca

LE RADIOLOGUE

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°01576/21

CASA LE 26.07.21

Nom & prénom : SAFRI TOURIA

Examens	Prix
Rx Rachis lombaire F+P	300.00
TOTAL :	300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Trois cent dirhams.

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfah Casablanca
0522.25.73.13 - 0522.25.75.05

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



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA LE : 26 juillet 2021

NOM : SAFRI
PRENOM : Touria

Rachis lombaire F+P

- Absence d'anomalie notable de la statique rachidienne.
- Absence de lésion vertébrale.
- Discret pincement discal L4-L5.
- Absence de spondylolisthésis ou d'anomalie transitionnelle.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J.BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - DR BENNANI
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Res Anfa 1 - Casablanca
Tél 0522 25 73 13 / 05 22 25 75 05 - Fax : 05 22 98 79 06 - E-mail : rxsocrate@gmail.com