

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 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.

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

M22- № 004539

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2247 Société : RAY 199980

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RESSOUANY HASSAN

Date de naissance : 18/03/1958

Adresse : 9 résidence RIAJ rue IBN KHAIRANE MARS
SULTAN SUD CASABLANCA

Tél. : 066 36 07 236 Total des frais engagés : 396,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
511, Bd. Al Qods. Res. Al Qods
California RDC Appt. 1 Casablanca
Gsm: 06 61 30 08 37

Date de consultation : fer 05/2/15 INF

Nom et prénom du malade : ALLAM-IDRISSI AMINA Age: 54 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lun. P.1 V. en att. G

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : infarctus

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : infection

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 : 24/01/2012

Signature de l'adhérent(e) : E.H

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
22.06.2021		Cs	250,00	 Dr. Nabil HATTAM ORTHOPÉDOLOGUE CASABLANCA 22 Juin 2021 Dr. Nabil Hattam Casablanca 22.06.2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/6/82	146,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered according to the FDI World Dental Federation notation. The teeth are arranged in four quadrants:

- Upper Left Quadrant:** Teeth 1 through 6.
- Upper Right Quadrant:** Teeth 1 through 6.
- Lower Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Lower Right Quadrant:** Teeth 1 through 8.

The diagram also includes labels for the dental arches: **H** at the top, **D** on the left, **G** on the right, and **B** at the bottom.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nabil HATTOUA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique- Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

الدكتور نبيل هطومه

اختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام والمفاصل
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

22/06/2022

Casablanca le _____

Mme ALLAM-IDRISSI AMINA

52,80

PRAZOL GELULE 20 MG BOITE DE 14

1 le matin avant le repas pendant 10 jours

21,80

ALGIK SACHET 500 BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

41,50

CARTREX COMPRIME PELLICULE 100 MG BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

30,50

SPARADRAP URGD

Docteur Nabil HATTOUA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
511 Bd. Al Qods Res. Al Qods
California RDC Apt. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 37
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 37

146,10.

Docteur Nabil HATTOUA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511 Bd. Al Qods Res. Al Qods
California RDC Apt. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 37
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 37

PROCHAIN RDV LE :

PPV : 52DH80
PER : 08/23
LOT : K827-1

LOT 216516
EXP 05/23
PPV 21DH80

COOPER PHARMA
PPV : 41,50DH

5202-11-
5-523414 U 100

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة 1 - الدار البيضاء

Tél: 0522 52 52 10 - 0661 30 08 32 - E-mail: n.hattoma@gmail.com

Casablanca, le 12/06/2022

A

Monsieur le Directeur
de la MUPRAS

Objet : Déclaration.

je soussigne, Hassan RESSOUANT N° 2847
déclare sur l'honneur que, le 12/06/2022
mon conjoint Mme Amna allam Ichissé, 54
ans a eu un traumatisme du pied gauche
au niveau du petit doigt et ce en
heurtant un pied d'un fauteuil à la maison.

Hassan Ressouant

