

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.

C. NINIA

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

- Reclamation : 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

N° P19- 0045230

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9461

Société :

125234

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

RELEKA KADRI 1704

Date de naissance :

05.03.65

Adresse :

Tél. : 0660371092

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Nabil HAITOM,
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
INPE : 00103700

Date de consultation :

09.06.2022

Nom et prénom du malade :

RELEKA KADRI KHAWAIS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

entame cheville

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 : 09.06.2022

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Nabil HAITOM,
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE

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
23-06-2022	CS	CS	150,00	Docteur NABIL HATTUM CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAOUI AHMIDA Mohammed 97, Bd. El Fida - Casablanca Tél : 05 22 28 03 21 INPI : 092018357 - ICF : 001448390013387	09/06/2022	258,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	11433553
B	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلاف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 09.06.22

Dr. EL MKADEM Khatoum



INPE : 002010357
Tél : El Fida Mohan Chakouli
492, IDMA CIE
Ahmed
100, Bd
El Fida Mohan Chakouli
22 - Casablanca
0014439000002
0014439000002

150,00

21

Quatre

150 pp 21



13.20

31

Argil

150 pp 21



Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
NPI : 091037200

258,20
Polyclinique Addaman Derb Ghallef Rue Addaman - Casablanca
Tél. : 05 22 86 30 20 - 05 22 86 30 21 - Fax : 05 22 86 42

LOT 210050
EXP 11/24
PPV 13DH20

مع



وصفة
ORDONNANCE

Le 09.06.2011

M. KHATIBA SELEM KADRY

Ahletun de Melru

Le 09.06.2011

Docteur Nabi HAÏTOU
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
IMPF: 0910777777

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE

DERB GHALLEF

**SERVICE CONSULTATION
FACTURE - COMPTA**

01/310 № 000791

NOM ET PRENOM
DU MALADE

Bemerkungen Khamla-

Nº C. N. S. S.

N° MUTUELLE

N° S. S. étrangère

18

TOTAL:

Signature et cachet

OBSERVATIONS

Feuille de soins complétée le

1er exemplaire destiné au patient

VISA