

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Matricule : 05991 Société : RAN-

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE ABDELLAH

Date de naissance : 01/01/62

Adresse : Rue 05: Hay El Houda Villa N° 2 Ben Abdellah

Tél. 06.28.19.78.94 Total des frais engagés : 300+ Dhs

BALAMATO ORTHOPÉDISTE
Bd de la Résistance - Résidence Casa
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA
Tél. 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.41
IPE : 091020255

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/7/2022

Nom et prénom du malade : Ben ADDI Amina Age : 55 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : POLYARTHROIS

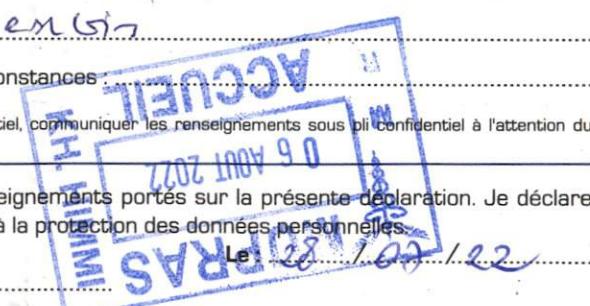
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



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
28/12/2012	Op.		3000,- Dhs	 DR ABDESSAMAD CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE 0522-44.93.39 Fax : 0522-44.93.37 Etagé N° 200 - Résidence Casa I Tél : 0522-44.93.39 Fax : 0522-44.93.37 IPE : 011040255

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricant	صيغة الطلب	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Riad Dr. Zainab Al MIR No. 4, Street 10, Riad Kingdom of Saudi Arabia Phone (011) 466 33 22 Fax (011) 466 33 22	صيغة الطلب	28/07/22	538,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

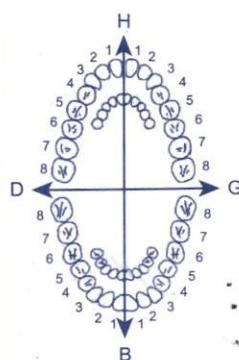
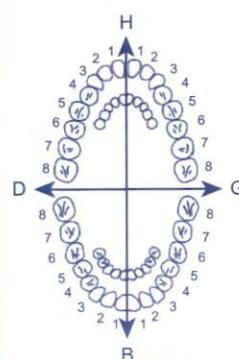
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient DES TRAVAUX
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
B				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[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				

Docteur Abderrafi BENABDENNBI

CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

Assermenté Auprès des Tribunaux

Membre de S.I.C.O.T

Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
2^e Etage N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي

طبيب جراح في العظام والمفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء

عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1
الطريق الثاني، رقم 204 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 93 39

BENADDI AMINNA

Casablanca, le : 281 4122

149,00 x 2

9 ARTINOV



1 gel 15 x 60

49,60 x 2

8 D-CURE F



1 ANI BOUVRIE Tous 15 j

x 90

IBERMAX 15



87,80

1 41

x 20

100 reçus

IPF 20

x 14

Docteur Abderrafi CHIR
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance
2^e Etage N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39 - Fax : 05 22 44 93 42
E-mail : 09 17 02 25
IPF : 09 17 02 25

IPP®
Omeprazole 20 mg
Boîte de 14 gélules
PPV. : 53,00 DH
6 1118000 190547

Pharmacie MOUSSEAU Piel
De Sabathier Toulon

1,534 00

30 08 22

Tel/Fax : 09 17 02 25