

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-770078

138650

19/11/2022

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03397

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMMED

Date de naissance : 02/04/62

Adresse : BOUSKOURA, Villa verte Rés. SERENA PARK

Tél. : 0661137692

Total des frais engagés : 732,12

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 03/11/2022

Nom et prénom du malade : HAFID AÏCHA

Age : 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : HERME DESCALE

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'at/le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 09/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-770078

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 03397

Nom de l'adhérent(e) : DEBBAGH MOHAMMED

Total des frais engagés : 732,12

BELLEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.11.22	202,82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.11.22	R. de Radiologie Lombane FIP + R. de Radiologie PE 5	400,00

AUXiliaires MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

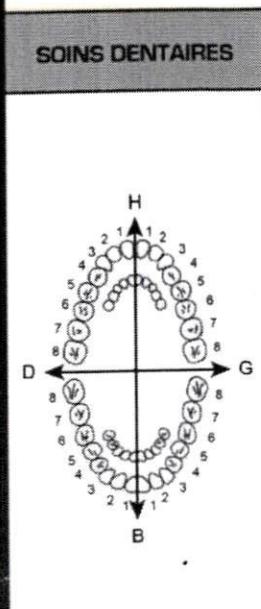
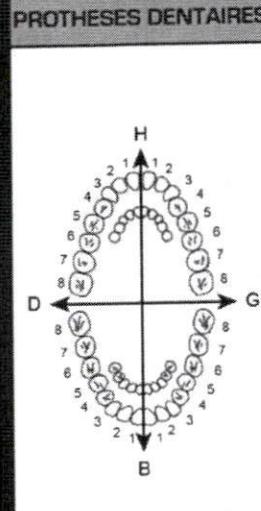
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	35533411		11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
35533411		11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



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 :

Debbagh Aicha

Casablanca le : 3/11/22



Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V: 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0

3881 6 118001 160044 70042492 / 120916-1

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V: 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0

3881 6 118001 160044 70042492 / 120916-1



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH 10
6 118000 060033

3881 6 118000 060033 70042492 / 120916-1



1 cp x 31,5

1 gel

DO 21016
PER 11/26
P.P.V 82DH 10

Immeuble de la Cité
Angle Route d'Azemmour
Bvd Sidi Abderrahman Casablanca
Tél 0522 89 38 88/95



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 :

Debbagh Aouda

Casablanca le :

03/11/22

Re de la hanche dure
de face

Re de la cheville dure

ASA RADIOLOGIE
Dr Y BENHADDOU
9 Bd Abderahmane Casablanca

LP

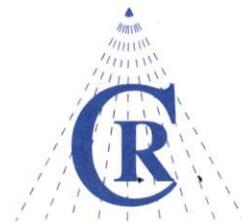
Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bvd Sidi Abderahman Casablanca
Tel 0522 89 38 88/95

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

CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU
Dr K. BENYACHOU



البيضاء
للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو
الدكتور خالد بننيشو

Casablanca, le 03/11/2022

FACTURE :11899/2022

Nom & Prénom : **DEBBAGH AICHA**

Examen(s)	
RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE DROITE FACE	
Montant TOTAL	400 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
quatre cents (400 DH)

ASARADIOLOGIE
Dr Y. BENHADDOU
9 Bd Abdelmoumen Casablanca
119