

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (é)

Matricule : 7291 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : 144992

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N°



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7291

Société :

LAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADOUACH

LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

0661164461

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

12ANIA SERRAJ Age: 14

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 de l'OSF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	$\begin{array}{c c} & \text{H} \\ \begin{array}{c} 25533412 \\ 00000000 \end{array} & \begin{array}{c} 21433552 \\ 00000000 \end{array} \\ \hline \begin{array}{c} 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{c} 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array}$
	$\begin{array}{c c} & \text{H} \\ \begin{array}{c} 25533412 \\ 00000000 \end{array} & \begin{array}{c} 21433552 \\ 00000000 \end{array} \\ \hline \begin{array}{c} 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{c} 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array}$
	$\begin{array}{c c} & \text{H} \\ \begin{array}{c} 25533412 \\ 00000000 \end{array} & \begin{array}{c} 21433552 \\ 00000000 \end{array} \\ \hline \begin{array}{c} 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{c} 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array}$
	$\begin{array}{c c} & \text{H} \\ \begin{array}{c} 25533412 \\ 00000000 \end{array} & \begin{array}{c} 21433552 \\ 00000000 \end{array} \\ \hline \begin{array}{c} 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{c} 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array}$
	$\begin{array}{c c} & \text{H} \\ \begin{array}{c} 25533412 \\ 00000000 \end{array} & \begin{array}{c} 21433552 \\ 00000000 \end{array} \\ \hline \begin{array}{c} 00000000 \\ 35533411 \end{array} & \begin{array}{c} 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array}$

(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 Abdeslam KHAIROUNI
Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant

Professeur de Chirurgie Infantile
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine
Membre de la Société Française
d'Orthopédie Pédiatrique

الدكتور عبد السلام خيروني
أستاذ في جراحة الأطفال
خريج جامعة باريس
رئيس قسم جراحة الأطفال سابقا
عضو الشركة الفرنسية
لجراحة عظام الأطفال

Casablanca le

26/10/22

Sleek hair

✓ New hair cut
Le profil le boutonniere

Dr. ABDESLAM KHAIROUNI
CHIRURGIEN PEDIATRIQUE
CENTRE DE DIAGNOSTIC
10, Bd Achaykh - Casablanca - Maroc
Tél: 06 99 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75
Fax: 06 99 97 05 22 25 50 56/75

Dr. ABDESLAM KHAIROUNI
CHIRURGIEN PEDIATRIQUE
CENTRE DE DIAGNOSTIC
10, Bd Achaykh - Casablanca - Maroc
Tél: 06 99 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75
Fax: 06 99 97 05 22 25 50 56/75

م. زنقة شرم الشيخ - حي التخيل - الدارالبيضاء
34, rue Charam Achaykh • Quartier Palmier • Casablanca • RDV © 06 99 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75
06 10 26 05 94 • E-mail: akhairouni@yahoo.fr

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca , Le 26/10/2022

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

SERRAJ RANIA
DR KHAIROUNI ABDESLAM
RACHIS ENTIER PROFIL

COMPTE RENDU

*Les courbures rachidiennes dans le plan sagittal paraissent conservées.
Transparence normale des trous de conjugaison.
Absence d'anomalie disco-vertébrale.
Absence d'anomalie des parties molles pré ou rétro-vertébrales.*

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL