

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.

M22- 0023653

Optique 147627 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HARHAR SAMIA

Date de naissance : 30-11-51

Adresse : 171 Rue Omal Riffi - Casablanca

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet en attestation du pharmacien ou du fournisseur
19/11/2022	KY	300,00	RHUMATOLOGUE	
21/11/2022	G	Gratuit	12, Bd La Liberte Casablanca	
03/11/2023	KY	300,00	Dr. Salah Eddine MAAROUFI	
20/11/2022		asbt	12, Bd La Kiliane Casablanca	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	Dr. Salah Eddine MAAROUFI	
	20/11/22	56,00	12, Bd La Liberte Casablanca	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

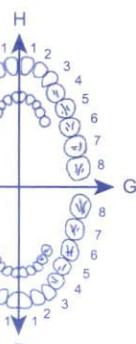
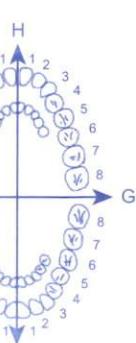
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salah Eddine Maâroufi

الدكتور سلام الدين المعروفي

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Médecine de Marseille

Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

المعدون الفقرى، العضلات والأرجل

علاج العمود الفقرى و المفاصل

بالتطبيب اليدوى

الفحص بالصدى للجهاز العركى

2/11/2022

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
Casablanca - Tél: 05 22 54 29
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
Casablanca - Tél: 05 22 54 29
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

5/9/2022
Dipostine (18k)



Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
Casablanca - Tél: 05 22 54 29
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Dr. Salah Eddine Maaroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Médecine de Marseille

Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات والأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:
03/01/2023

Facture

MME HARHAR SAMIA

Acte	Honoraire
INFILTRATION DU GENOU GAUCHE PAR HEXATRIONE	300,00 Dh
Total	300,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
trois cents dirham(s)

Dr. Salah Eddine MAAROUI
RHUMATOLOGUE
 124, Bd. La Liberté - Casablanca
 Tél. : 06 42 30 91 54 - 05 22 54 29

124، شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف: 0808.53.09.58 - 0522.30.91.54

124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522.30.91.54 - 0808.53.09.58

Dr. Salah Eddine Maâroufi

الدكتور صالح الدين المعروفي

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Médecine de Marseille

Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات والأرجل

علاج العمود الفقري والمفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le: 21/12/2012

Mr HAFIDH SAMIA

⇒ Atteinte du genou.

For immobilisation réglable.
à 3 positions.

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
CES RHUMATOLOGIE
124, Bd La Liberté - Casablanca
Tel: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

فوجي

CELEPRA

Dr. Salah Eddine Maâroufi

الدكتور سلام الدين المعروفي

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Médecine de Marseille

Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

المهود الفقري، العضلات والأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:19/12/2022.....

Facture

MME HARHAR SAMIA

Acte	Honoraire
Ponction articulaire du genou	300,00 Dh
Total	300,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
trois cents dirham(s)

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél: 0522.30.91.54 - 05.22.54.29