

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9715	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : NAJIBAR Doham	
Nom & Prénom : NAJIBAR Doham			
Date de naissance : A 6 1949			
Adresse : _____			
Tél. : _____ Total des frais engagés : 550,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Merini Abderrazak Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) Place Charles Nicolle Bd. Abdellah Ben Kaddour Casablanca Téléphone : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 16/05/2019			
Nom et prénom du malade : NAJIBAR Doham Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Fracture sein droit			
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 : 21 MAI 2019 Le : 23			
Signature de l'adhérent(e) : (Signature)			
MUPRAS			
ACCUEIL KH. MM			



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
16/05/2023	S3	C3	300	<p>Dr. Mejjad Chirurgien Orthopédiste et Pauumatologue 21. Rés. Pasteur (Institut Pasteur) Place Charles Nicolle Rabat/Morocco - Casablanca 0522.29.63.16 - INPE : 091188094</p>

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
LE QUARTIER DE la place Charles de Gaulle - Magendie - Toulouse 16552222224451- 77-0781	11.6.105.123	?	8.50 Pts.

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table 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 colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	11433553	<hr/>			G	35533411	
	H	25533412	21433552																			
	D	00000000	00000000																			
	<hr/>																					
	B	00000000	11433553																			
	<hr/>																					
	G	35533411																				
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمقاييس

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

الجراحة التقويمية من الورك والركبة

جراحة القدم بالمنظار

ORDONNANCE

Casablanca, le :

16/05/2023

05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01
Tél. : 05 22 22 45 51 - 05 22 27 83 83
Rue Dr. Magenid - Casablanca
Angle Rue Place Charles Nicolle et
ADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX

HA JBAR
Mohamed.

Rachida
med droit
FSP

Monette Sergent

~~Dr. Merini Abderrazak
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur)
Place Charles Nicolle Bd. Abdelloumen - Casablanca
Tél. : 0522.29.69.16 INPE : 091188094~~

21، إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelloumen - Casablanca
Tél : 0522.29.69.16 - GSM : 0668.62.18.13 - المحمول : 0522.29.69.35 - الهاتف : Fax : 0522.29.69.16 - INPE : 091188094

الفحص بالأشعة في المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca , le 16/05/2023

Hj

Patient : **MAJBAR MOHAMED**

Médecin traitant : **DR MERINI ABDERRAZAK**

Examen réalisé : **PIED FACE + PROFIL**

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Résultats :

Fracture oblique de P1 du cinquième orteil du pied droit

N. BENNANI
RADIODIAGNOSTIC QUARTIER DES HÔPITAUX
Tél. : 05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01
Rue Dr Magenot - 22 Place Charles Nicolle Casablanca
Signé : Dr BENNANI

الفحص بالأشعة في المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
 ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
 MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
 RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 16/05/2023

Facture N° 1773/2023

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **MAJBAR MOHAMED**

Examen(s) réalisé(s) : **PIED FACE + PROFIL**

Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **deux cent cinquante (250 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DH

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01
 Tel. : 05 22 22 45 1 - 05 22 27 88 83
 Rue Dr. Maazendine / Casablanca
 Angle Rue Pasteur Charles Nicolle et
 RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX