

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953

Société : KAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHELLIQ HOUSSINE

171308

Date de naissance :

07.01.1961

Adresse :

RES CHARAB ZONE D Imm 9 App 11

PIN SERNA

CASA

Tél. :

0661302886

Total des frais engagés : 967,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29.07.23

Nom et prénom du malade :

CHELLIQ HOUSSINE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hombalgie chronique + Gomphoxie C

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

Le : 28/07/23

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
29/07/23	CS	250,00 HT		Dr. JAHN traumatologie orthopédie n° : 26130012 tél : 66 64 83 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/12/2023	217,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/07/23	2x	260,00 DHT
	29/07/23	2x	230,00 DHT

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the transverse axis.

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en
Traumatologie-Orthopédie

Laureat de la Faculté de Médecine
de l'Université Cheikh Anta Diop
Diplômé en Chirurgie
Traumatologie-Orthopédie de l'UCAD
Ancien Chirurgien
de l'Hôpital Ibn Rochd

DR. Nazih jalil

الدكتور نزيه جليل

اختصاصي في طب
وجراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب
من جامعة الشيخ انتا ديووب
INPE : 092067115
Ibn Sebaa CASABLANCA
N 7 LOT CHABAB GROUPE CS
سابق N 19/23 الدار البيضاء في
يعي ابن رشد

Tel: 05 22 73 74 73

Casablanca, le 23/12/2016

22,00

22,00

22,00

53,10

(53,10)

53,10

Chelliq Houssine

22,00 x 3

① Ceclo /

53,10 x 2

Agx3h

53,10

② Zemaria f, f

45,70

Agx2h (en)

③ Coltra x

= 212,90

Agx2h (si)

DR JALIL NAZIH
Traumatologie - orthopédie
Inpe : 06 73 00 18
Tel : 06 66 64 83 20

05-22-73-44-55
06-66-64-83-20
Jalilnnazih@gmail.com

Résidence Chabab, Imm C4, Bd Mohamed El Baamrani,
Station Tramway Bd Abou Dar Ghifari - Sidi Bernoussi.
Prés de la Clinique Firdauss - Casablanca.

**Spécialiste en
Traumatologie-Orthopédie**

Laureat de la Faculté de Médecine
de l'Université Cheikh Anta Diop
Diplômé en Chirurgie
Traumatologie-Orthopédie de l'UCAD
Ancien Chirurgien
de l'Hôpital Ibn Rochd

DR. Nazih jalil

الدكتور نزيه جليل

**اختصاصي في طب
و جراحة العظام و المفاصل**

خريج كلية الطب
من جامعة الشيخ انطا ديوس
أخصائي في جراحة العظام و المفاصل من
UCAD
طبيب جراح سابق
بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Casablanca, le

29/07/83

الدار البيضاء في

Compte rendu radiographie standard

Mr chelliq houssine

Radiographie du genou

- Gonarthrose stade 1
- Pincement de l'interligne articulaire
- Ostéophyte rotulien

Radiographie du rachis lombaire

- Rectitude du rachis lombaire
- Pincement intervertébral
- Ailleurs rien à signaler

Signature
Dr. JALIL NAZIH
Traumatologie - orthopédie
Inpe : 061300182
Tel : 06 66 64 83 20

Spécialiste en
Traumatologie-Orthopédie

Laureat de la Faculté de Médecine
de l'Université Cheikh Anta Diop
Diplômé en Chirurgie
Traumatologie-Orthopédie de l'UCAD
Ancien Chirurgien
de l'Hôpital Ibn Rochd

DR. Nazih jalil
الدكتور نزيه جليل

اختصاصي في طب
و جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب
من جامعة الشيخ انتا دیوب
أخصائي في جراحة العظام و المفاصل من
UCAD
طبيب جراح سابق
بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Casablanca, le

19/07/23

الدار البيضاء في

Je sous signe Dr JALIL NAZIH déclare avoir reçu la

somme de 750dh... pour les soins médicaux

prodigués (consultation=250dh= radiographie

standard=500dh) à Mr chelliq houssine.....

le 29/07/2023.....

Signature

Dr. JALIL NAZIH
Traumatologie - orthopédie
Inpe : 06 1300182
Tél : 06 66 64 83 7