

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.



171969

Déclaration de Maladie : N° S19-0044957

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12854 Société : RAJ
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : El Rajdaoui Ayiza Date de naissance : 07.09.86
Adresse : 24 bd oued oum R. S. M.
Tél. : 06.61.319405 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05. JUIN 2023
Nom et prénom du malade : EL MASSAOUS AB. Z.
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme de la cheville
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : N/A

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 : Casablanca

Le : 16/09/23

Signature de l'adhérent(e) :

El Rajdaoui

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
05 JUIN 2023		1	2000	

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
	05 JUIN 2023	R & clichés PA	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

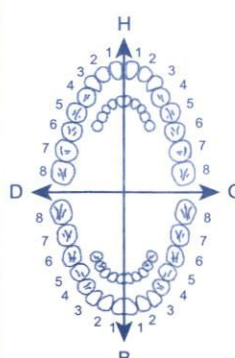
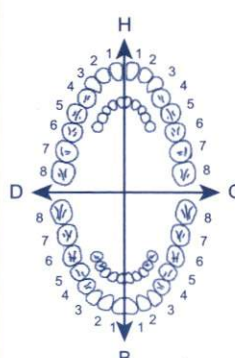
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Hakam KHOUMRI

Chirurgie Orthopédique & Traumatologique

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la main

Arthroscopie - Médecine du sport

Traitement par PRP



الدكتور حكم الخمري

جراحة العظام والمفاصل

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التقويمية - جراحة اليد

الجراحة بالمنظار - الطب الرياضي

العلاج بالبلازما

Casablanca le:.....

Mme EL MAJIDARI ATTA

4 Neufes bel Kefaric
App x 2; x 19



Dr. Hakam KHOUMRI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
23 Angle rue Georges Sand et rue Montaigne
App. n°19 Rés. RESIDIA Val Fleuri
Maarif - Casa / Tél.: 0522 25 85 59

23 تقاطع زنقة جورج ساند وزنقة مونتاني شقة 19 إقامة ريزيديا (العمارة فوق السنيام) فال فلوري المعاريف - الدار البيضاء

23 Angle rue Georges Sand et rue Montaigne Appt. n°19 Rés. RESIDIA (Immeuble au dessus de la CTM)

Val Fleuri Maarif - Casablanca - Tél.: 0522 25 85 59 / Gsm: 0601 70 85 80 / Urg.: 0661 27 11 00

Dr. Hakam KHOUMRI

Chirurgie Orthopédique & Traumatologique
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la Main
Arthroscopie - Médecine du Sport
Traitement par PRP



الدكتور حكم الخمري

جراحة العظام والمفاصل
طبيب سابق بمستشفيات باريس
الجراحة التقويمية - جراحة اليد
الجراحة بالمنظار - الطب الرياضي
العلاج بالبلازما

Casablanca, le : 05 JUIN 2023

Mme Aïza

Dr. le Chevalier

F



Dr. Hakam KHOUMRI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
23 Ang. rue Georges Sand et Rue Montaigne Appt. N° 19 Rés. RESIDIA (Immeuble au dessus de la CTM)
Maarif - Casa / Tél.: 0522 25 85 59 / Gsm : 0601 70 85 80 / Urg.: 0661 27 11 00

23 تقاطع زنقة جورج ساند وزنقة مونتاني شقة 19 إقامة ريزيديا (العمارة فوق الستيام) فال فلوري - المعاريف - الدار البيضاء
23, Angle Rue Georges Sand et Rue Montaigne Appt. N° 19 Rés. RESIDIA (Immeuble au dessus de la CTM)
Val Fleuri Maarif - Casablanca - Tél.: 0522 25 85 59 / Gsm : 0601 70 85 80 / Urg.: 0661 27 11 00