

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

188793

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2675**

Société :

R.A.F.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSIF MINA

Date de naissance :

15/01/1983

Adresse :

cité ERADA 1. RUE 99. MOUL. C148A

Tél. :

06.17.65.38.11 Total des frais engagés : **1 590,10 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Docteur Nabil HATTOMA

CHIRURGIEN ORTHOPÉDOLOGUE

TRAUMATOLOGUE

511, Bd. Al Qods, Appt. 1 Casablanca

California ADC, Appt. 1 Casablanca

Tél: 0522 52 10 - GSM: 06 61 30 08 32

INAC: 001237720

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/12/2023

Nom et prénom du malade :

MOUSSIF MINA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

60 MTHL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDOLOGUE
TRAUMATOLOGUE
511, Bd. Al Qods, Appt. 1 Casablanca
California ADC, Appt. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 10 - GSM: 06 61 30 08 32
INAC: 001237720

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Palmarès des Actes
92-223	9	69	<p>Docteur Nabil HATTOUNI CHIRURGIEN ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGUE</p> <p>1 Bd. Al Qods, Rés. Al Qods B.P.C. 10 - Gsm: 06 61 30 08 22 Casablanca 022200</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Télé Montant de la Facture
HARMAKELA S1, Avenue de l'akira y el Inial, Casablanca Tél.: 05 22 50 10 82	22/12/93	59010

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

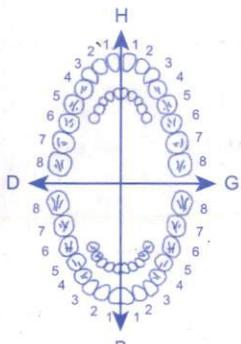
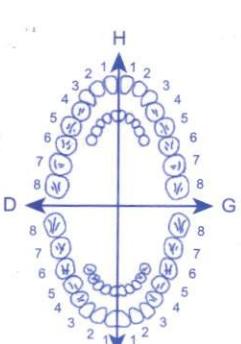
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique - Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

إخلاصي في علاج و جراحة أمراض العظام والمقاصل
جراحة المقاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

22/12/2023

Casablanca, le

Mme MOUSSIF MINA

74,10

LOT 221075
EXP 11/2024
PPV 7.10DH

OEDES MICROGRANULES GASTRO-RESISTANTS EN GELULE 40 MG

BOITE DE 14

1 le matin avant le repas pendant 14 jours

CELEPHI GELULE 200 MG BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

PIASCLEDINE GELLULE 200 MG BOITE DE 30

PPV 188.00 DH mois

PPV 188.00 DH

LOT: 022
PER: JUIN 2025
PPV: 140 DH 00

Venue: Casablanca
Hôpital: Casablanca
Tél.: 05 22 50 0 62

= 376,00

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511, Bd Al Qods, Rés. Al Qods
Californie RDC, Appt. 1^{er}, Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - GSM: 06 39 36 17 79
INPE: 091 37 77 00

PROCHAIN RDV LE :