

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 2657 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAJI ALI BEN RABIA

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : Maison ADRESSE

Tél. : 0675684193 Total des frais engagés : 563,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. NAJEB YOUSSEF

Spécialiste en chirurgie Orthopédique

et Traumatologique

Bd. Chefchaouni, Rés Robert (B), N° 2

Rez de Chaussé - Casablanca

tél. : 0522 55 04 03 - GSM : 0665 24 79 95

INPE N° : 071084420

Date de consultation : 05/02/2014

Nom et prénom du malade : EL HAJI ALI BEN RABIA Age : 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tendinopathie des couilles de l'épaule

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 : CASSA Le : 08/02/2014

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
05.02.24			300 DHA	<i>Pr. NAJER YOUSSEF Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Bd Chekrouni Rés Robert (B), N° 2 Rue de Chaloué - Casablanca - Tél: 05 22 33 64 00 INPE N° : 071084420 Gsm : 0665 24 79 95</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ALAFAK 115 Rue Idriss Ben Maktouf BERRECHID Tél: 05 22 33 64 00</i>	05.02.24	263,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DÉBUT D'EXÉCUTION												
				FIN D'EXÉCUTION												
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXÉCUTION												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION												

ORDONNANCE

..... Le : 05.09.2014

Mme El Haili Malika

Note d'honorarise

~~At 300 DH~~: consultation

total trois évents dirhams

Pr. NAJEB YOUSSEF

*Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique*

Bd. Chefchaoun, Rés Robert (B), N° 2

Rez de Chassé - Casablanca

Tél. : 0522 35 04 03 - Gsm : 0665 24 79 95

INPE N° : 071084426

Pr NAJEB YOUSSEF

SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE



Lauréat de la faculté de médecine-Casablanca
Ex chef du service de traumato-orthopédie CHU Marrakech
Ex Professeur à la Faculté de médecine Marrakech
Ex directeur du DSM traumato-orthopédie
DU de microchirurgie Paris
DU de pathologie de l'épaule et du coude Paris
DU de chirurgie du pied. Rabat
DU de Traumatologie du sport.Rabat
DU d'échographie musculo squelettique. Rabat

البروفسور ناجب يوسف

أخصائي جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء
رئيس سابق لمصلحة جراحة العظام والمفاصل

المستشفى الجامعي محمد السادس لراڭش

أستاذ سابق بكلية الطب لراڭش جامعة القاضي عياض
مدير سابق لبلوم التخصص لجراحة العظام والمفاصل

05/02/2024

MME EL HAIL MALIKA

169,00

- DOLICOX 90 - Comprimé

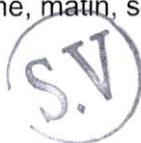
1 Comprimé, midi, après les repas, pendant 15 jours



94,00

- MYDOFLEX - Comprimé

1 Comprimé, matin, soir, pendant 15 jours



263,00

Pr. NAJEB YOUSSEF
Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique

Bd. Chefchaouen, Bât Robert (B), N° 2
Rez de Chaussée - Casablanca
Tél. : 0522 35 04 03 - Gsm : 0665 24 79 95
INPE N° : 071084420

Pharmacie ALAFAC
1-3-5 Rue Alia Abou Macc
- BEN RECHID -
Tél. 06 22 33 64 01

PPV:169DH00
PIER:10/26
LOT:M3554-2

GTIN: 0118001260850
LOT: 416
MFG: 03 2023
EXP.: 03 2026
PPV: 940hs00

