

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	8599	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 88934
Nom & Prénom :		HIFDII FATHNA	
Date de naissance :		23/09/64	
Adresse :		Rue Durbaline n° 3 case	
Tél. :		0697299232	Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2023

Nom et prénom du malade : Hifdii Fathna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hallelia fai

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 FEV 2024

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 : 14/02/2024

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
28/12/23	C		300,00	Dr. Houda IBN ARDÈS Spécialiste en maladies de la tête et du cou Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/23	184,65

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien en Zébraon Rue Abou El Hassan Quartier des hôpitaux Casablanca ICE : 00051642900070	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						20x130 2600,00Dhs

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	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
B					
G					
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
B					
G					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
B					
G					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
B					
G					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
B					
G					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
B					
G					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل

Nom et Prénom :

Hifde

Casablanca le :

Fatma

28/12/23

37,20) Depomedrol 80

1 inj en IM

SV

HF8913
06/2028
P.P.V:37DH70

37,00) Acetilico

2 cp ~ 21)

SV

37,00/
7j

P.P.V :
LOT :
EXP :

LOT : 2309
EXP : 09/2026
PPC : 69.95DH

69,95) Thyroïde

1 app ~

21)

SV, 7j

40,00

4) Predni 20 sv

184,65

3 cp / 5

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office - Bureau n A5, 1er étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

PPV (DH) :

40,00

5j

City Office - Bureau n A5, 1er étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

05 22 89 38 88 /95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



A 8599

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام والمعกระض

Nom et Prénom:

KINÉ MOOV
8, Rue Aboukacem Zehraoui
Quartier des Hôpitaux
Casablanca
T.F: 00051642900070

Hifdi Faehna

le : 28/12/23.

Massage

⇒ Kinésithérapie et

Bretz auralgique (IR, massage

Bretz de la trachée et

l'enflure de l'os cervical et des muscles para vertebrales

en ischiofasciale

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
Bureau n A5, 1^{er} étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

I seau cel / Seau

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
Bureau n A5, 1^{er} étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

City Office - Bureau n A5, 1^{er} étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

05 22 89 38 88 /95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

N° Dossier: 188934 

N° Dossier externe: ACC-08599-02/01/2024

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: HIFDI FATNA

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 02-01-2024 

Date de fin: 

Date de saisie: 02-01-2024

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
02-01-2024	Manuel	ok pour 20 seances de reeducation

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 29/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8599 E-mail : houda.mypars.ma@orange.ma Phones : 0697 299932

Nom et Prénom de l'adhérent : HIFDIA FATHNA

Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFDIA FATHNA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Hifdia Fathna

Nécessite Kinésithérapie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

cheveux See lezis de scle

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
PHIUMATOLOGIE
Spécialiste des maladies des articulations Etat 58
City Office - 1er étage - Rue Mohammed Fakir - Casablanca - Tél. 0522-22-78-18 - Fax 0522-22-78-15

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Casablanca le 13/02/2024

Facture n° 2024/004/002

Nom et prénom : Mme HIFDI FATNA

Nature de la maladie : Lombalgie

Médecin prescripteur : Dr/ H .IBN ABDELJALIL

Nombre de séances : 20 séances de rééducation

Coût de la séance : 130,00 dh

Total : 2600,00 Dhs

Arrêtée, la présente facture à la somme de : Deux Mille Six Cent dirhams.



Casablanca, le : 13/02/2024

Mme HIFDI FATNA

Nombre des séances : 20

<i>Nº</i>	<i>Date</i>
1	30/12/2023
2	02/01/2024
3	04/01/2024
4	06/01/2024
5	08/01/2024
6	10/01/2024
7	12/01/2024
8	15/01/2024
9	17/01/2023
10	19/01/2024
11	22/01/2024
12	24/01/2024
13	26/01/2024
14	29/01/2024
15	31/01/2023
16	02/02/2024
17	05/02/2024
18	07/02/2024
19	09/02/2024
20	13/02/2024

