

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057889

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2035 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Belkhalil Marnon 196297
Date de naissance : 1943
Adresse : 131 Rue Lénatche Dja El Hamd e 14 Casa
Tél. : 0661286827 Total des frais engagés : 536,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

NAJEB YOUSSEF
Spécialiste en chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Bd. Chefchaouni, Rés Robert (B), N° 2
Roz de Chaoua - Casablanca
Tél. : 0522 35 04 03 - Gsm : 0665 24 99 96
INPE N° : 071084420
Cachet du médecin :
Date de consultation : 16 / 02 / 2024
Nom et prénom du malade : Belkhalil Marnon Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : lésion méniscale droite
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16.02.2024	CS		300.00	DR. NAJEB YOUSSEF Spécialiste en chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chefchaoui, Rab Robert (B), N° 2 202, Rue de Cheussa, Casablanca Tél: 0522 35 04 03 - Gsm: 0665 24 79 95 Tél. SINPE N°: 071084420

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NEXT HOUSE SARL SOFIA DAMDAMI Docteur en Pharmacie Dar Bouazza Next House 3 Imm 1 Local 4 Casablanca - Tél.: 0522965709	16/02/24	236.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

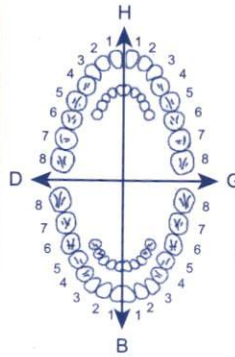
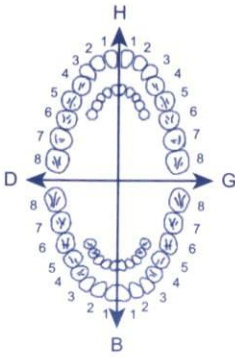
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 COEFFICIENT 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

Pr NAJEB YOUSSEF

SPECIALISTE EN CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE



البروفسور ناجب يوسف

أخصائي جراحة العظام و المفاصل

Lauréat de la faculté de médecine-Casablanca
Ex chef du service de traumatologie-orthopédie CHU Marrakech
Ex Professeur à la Faculté de médecine Marrakech
Ex directeur du DSM traumatologie-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

خريج كلية الطب جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء
رئيس سابق لمصلحة جراحة العظام و المفاصل
للمستشفى الجامعي محمد السادس لراكش
استاذ سابق بكلية الطب لراكش جامعة القاضي عياض
مدير سابق لدبلوم التخصص لجراحة العظام و المفاصل

16/02/2024

MME BEL KAHIA MARIA

• DOLICOX 90 - Comprimé

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

• Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, midi, soir

• Voltarene emulgel 1% - gel emulsion

1 dose, pendant 30 jours

PHARMACIE NEX CHOUSE SARI
SOFIA DAMDAMI
Docteur en Pharmacie
rue Bouazza Next House 3 Imm 1R de Chouse - Casablanca
local 4 Casablanca - Tél.. 0522965709
Dr. NAJEB YOUSSEF
Spécialiste en chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
d. Chefchaoui, Res Robert (B), N° 2
Gsm : 0665 24 79 95
INPE N° : 071084420

PPV: 169DH00
PER: 05/26
LOT: M1717

LOT: M0586
EXP: 06/2026
PPV: 44,90 DH

PPV: 22DH20
PER: 08/25
LOT: M2836

Angie Bd chefchaoui - rue Abdelhamid Ibn Badis. Résidence Robert "B" Rez-de-chaussée Bureau N°2 AIN SEBAA CASABLANCA

Fixe : 05 22 35 04 03 Gsm : 06 65 24 79 95 E-mail : E-mail : cabinet.ynajeb@gmail.com