

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-851649

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03381 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI LARBI

Date de naissance : 21/01/1961

Adresse : 22 BD OMAR KHIYAM HAY RAHA

CASA

Tél. : 0668913903 Total des frais engagés : 949,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : TAZI LARBI Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie du coude droit

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 : CASA BLANCA Le : 25/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 23.04.24 | S | 1 | 300 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 23.04.24 | 349,40 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 24.04.24 | Rn Code D.F.I.P | 300 DHS |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------------------|--|
| | | <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> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | Montant des Honoraires | | <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 | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le : في الدار البيضاء

130,80

① Celephir 200 Ⓢ

20,60

19cc 24

① Cedal Ⓢ

198,00

③ Nbcaptol

24

349,40

PHARMACIE LES ARCADES
KISSI Nawal
Kiss (Casque El Batha)
Oasis - Casablanca
0522.25.51.47

LOT PUC: 198.00DH

0289
2026-04

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

ADGLETL01 - REV: 2022/09/E

20,60

LOT:024
PER:OCT 2025
PPV:130 DH 80

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie

الدكتور حرفاوي عبد النصر

أستاذ

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le : 23/04/2024 في الدار البيضاء

Togi laoui

Rx Coude droit

F+I

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU

119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique-Orthopédie
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casa
Tél/Fax: 0522 94 59 45 Gsm: 0661 50 54 12



Casablanca, le 24/04/2024

FACTURE :03956/2024

Nom & Prénom : **TAZI LARBI**

| Examen(s) | |
|---------------------------------|--------|
| RADIOGRAPHIE DU COUDE DROIT F/P | |
| Montant TOTAL | 300 DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
trois cents (300 DH)

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72



Casablanca le 24/04/2024

Médecin Traitant : **PR A. HARFAOUI**

Nom du patient : **MR TAZI LARBI**

RADIOGRAPHIE DU COUDE DROIT F/P

Remaniement dégénératif arthrosique du coude sur séquelle
malformative connue depuis l'enfance.

Calcifications postérieures.

Pas de lésion osseuse destructive visible.

Bien confraternellement à vous.
DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72

N/B : Pour visualiser les images de ce patient sur votre PC, utilisez le lien :
<http://casaradiologie.ddns.net:8081/images/> Login : 456906 Mot de Passe : 255768