

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.

Pathologie 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.

Éducation :

- 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.

Prothèse :

- 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.

- Le contrôle 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° P19- 0044419

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUI Aziz Abdelatif.

Date de naissance : 25.4.1949

Adresse : LOT BAALABAK N° 48 AIN DIAB CAS

Tél : 0662829855 Total des frais engagés : 426,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2019

Nom et prénom du malade : JAWHAR CHAOUI Age : 65 ans

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

Nature de la maladie : Infection du doigt

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

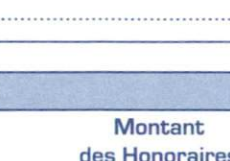
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA Le : 15/10/2019

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
11/10/19	ES	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab Casablanca
Tél : 05 22 79 81 52

11/10/19 126.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Dr. BERRADJ THI
Med. Abdou
Radiologie Boudjoudj
41 Rue Med Sedki Tel: 05 22 79 81 52
Tél : 20 62 15 20 62 16 - Casablanca

11/10/19 227 300.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

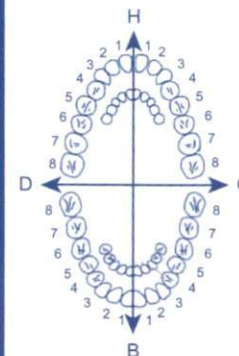
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

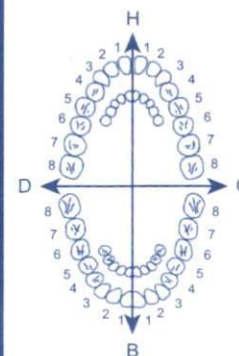
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

وصفة
ORDONNANCE

le 11/10/2019.

jawhari Naïm (ep chaoui)

126.16

- Floxapene 500.

2 Cp x 2/j (10 j)



Docteur Bouchra BENMOUNA
RHUMATOLOGUE
Spécialiste en Maladies des Os
Articulations et Colonne Vertébrale
GSM: 06 51.45.47.64

PHARMACIE RAIS
62, Rue Mohammed VI
Ani Dieb - Casablanca
Tél.: 05 22 79 81 52

PPV: 126,50 DH
LOT: 585795
PER: 06/20

وصفة
ORDONNANCE

le 11/10/17

Jouhri
E
Chou

Re 3 doigt

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1er Etage
Tel 20.62 15/20.62.16

R + P

Dr. ADOU EL FADEL OMAR
TRAUMATOLOGUE VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

Facture N° 07475/2019

Casablanca, le 11/10/2019

Nom patient : JAWHARI NAIMA EP CHAOU

Examen(s) réalisé(s) : DOIGT FACE + PROFIL:

Montant : trois cents (300 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME

DE : 300 DH

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1^{er} Etage
Tel: 26 62 15/20, 62.16 - Casa



Casablanca , le 11/10/2019

COMPTE RENDU DE : JAWHARI NAIMA EP CHAOUI

DR : ABOU EL FADEL

RX MAIN GAUCHE CENTRE SUR LE 3^{ème} DOIGT

- Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.
- Absence de lésion osseuse à caractère péjoratif au niveau du 3^{ème} rayon de la main gauche.
- Interlignes articulaires carpo-métacarpienne, métacarpo-phalangienne et inter phalangienne proximal et distal conservés.
- Absence d'image géodique.
- Absence de déformation ou de destruction articulaire.
- Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.

Merci de votre confiance.
DR FATHI BERRADA

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41, Rue Med. Sedki 1^{er} Etage
Tél 20.62 15/20.62.16 - Casu