

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° W19-520698

22507

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01421 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KETTANI Mohammed
 Date de naissance : 25.11.1951
 Adresse : Résidence 81 Firdaous km 05 de Mekke
 Casablanca
 Tél. : 06 66 96 66 73 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABDEL K. EL ASSANI
 Médecin Colonel Médecin de Sport
 Spécialiste Médecine Physique
 Réadaptation Fonctionnelle
 Marine Royale
 15 100 46 78
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : TAJEDINE KETANE
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles du sommeil
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 18/05/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-520698

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01421
 Nom de l'adhérent(e) : KETTANI
 Total des frais engagés : 330,20
 Date de dépôt :

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
31/3 2021		6	6	IMP : [Stamp] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31 03 2021	220.20

[illegible]

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

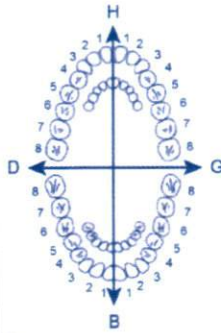
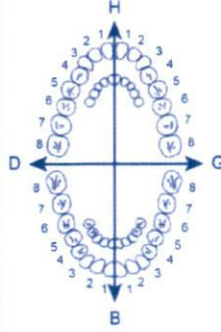
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL AZAMI EL HASSANI
Médecin de Sport
Médecine Physique
N° 4678

Ta/ SHUKETANI

PFV 22DH20
PER 11/22
LOT J3023



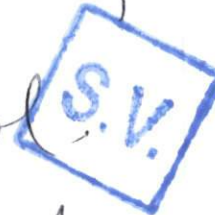
22.20

1/ Cotoliprene



148.00

21 Nocteybol



15 Jan x 35

1 an. Jan 2011

220.20

PHARMACIE EL DRABNA
BOUCHRA ELASLAMI
Docteur en Pharmacie
Route Boukoura 109, Km 11
Drabna Boulad haddou Casablanca
Tél : 05 22 68 12 12

Dr. EL AZAMI EL HASSANI
Médecin de Sport
Médecine Physique
N° 4678



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 31/03/2021

FACTURE N° : 01821/2021

Nom & Prénom : KETTANI MOHAMMED TAJEDDINE

Date d'examen : 31/03/2021

Examens	Honoraires
RX GRIL COSTAL F+P	300 DH
NET A PAYER	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DH

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maarouf
Prefecture Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 32 17 65

109, شارع شيماء لوتيسما سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء

109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidimaarouf@gmail.com

ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431

CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Dr. Nadia Moubachir
Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune
Spécialiste en Radiologie

Casablanca, Le 31/03/2021

PATIENT : KETTANI MOHAMMED TAJEDDINE
MEDECIN TRAITANT : DR AZAMI ABDELILAH

RX GRILL COSTAL FACE+PROFIL

Absence de lésion osseuse traumatique visible sur les incidences réalisées.
Transparence normale des deux champs pulmonaires.
Culs de sacs pleuraux sont libres.
Silhouette cardio-médiastinale normale.

Confraternellement
DR MOUBACHIR NADIA

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Soufiene Sidi Maarouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

38108721
 Abdelilah EL AZAMI EL HASSANI
 Médecin Colonel / Médecin de Sport
 Spécialité : Médecine Physique
 Réadaptation Fonctionnelle
 Ministère de la Santé
 Maroc
 04673

TAJEDDINE KETTANI

Radiologie -

pour SVP,

121 Thèse & pour

+ Poth

Radio Diagnostic
 Sidi Maârouf
 109 Résidence Soufiane Sidi Maârouf
 Préfecture Ain Chock - Casablanca
 Tél: 05 22 32 17 65

Abdelilah EL AZAMI EL HASSANI
 Médecin Colonel / Médecin de Sport
 Spécialité : Médecine Physique
 Réadaptation Fonctionnelle
 Ministère de la Santé
 Maroc
 04673

381
 03
 21