

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.

Diagnostic 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.

Maladie chronique :

- 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

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° P19- 049166
98768
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2458 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHEZZAR NAJIA
Date de naissance : 1856
Adresse : 20 TISSIRA PASSAGE 2 Barrechid
Tél. : 0646562808 Total des frais engagés : 576,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. A. EL BAITIL
Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue
N°4, Rue Yaâcob El Mansour - Berrechid
Date de consultation : 29/11/2021
Nom et prénom du malade : KHEZZAR NAJIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Path. ortho fœdér. Le
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) :

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
29/11/21	C		200,50	
16/12/21	C		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	29/11/2021	19,60
	16/12/2021	56,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/11/21	Radio	200,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

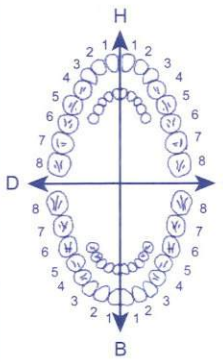
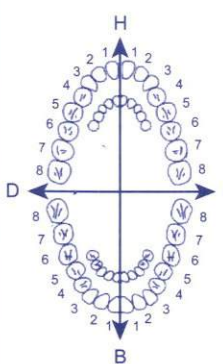
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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

عيادة الدكتور أنيس البيطيل

Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie prothétique
Arthroscopie
Chirurgie du Sport



أمراض وجراحة العظام والمفاصل
جراحة تقويم المفاصل
الجراحة بالمنظار
الجراحة الرياضية

Cabinet Dr. Aniss Elbaitil

Ordonnance

Date : 29/11/21

NAJIA KEZZAIZ

22.20x3

Codolifrane 4



2up x 2/i = 151

53,00

177 2 74



144/i = 141

119,60

Pharmacie RACHIDI
CHBANY Zouheir
Docteur en Pharmacie
19, Bd. Rachidi M.H - BERRECHID
Tél.: 0664 49 38 17

Dr. Aniss Elbaitil
Chirurgien Orthopédiste
N°4, Rue Yaacoub El Mansour

PPV: 22DH20
PER: 07/23
LOT: K1847



PPV: 22DH20
PER: 07/23
LOT: K1847



PPV: 22DH20
PER: 07/23
LOT: K1847



IPP®
Oméprazole 20 mg
Boîte de 14 gélules
PPV: 53,00 DH



شارع محمد الخامس - زاوية زنقة يعقوب المنصور - عمارة الحاج أحمد مدخل B رقم 4 برشيد
Bd Mohammed 5 - Angle Rue Yaacoub Mansour - Imm Haj Ahmed Entrée B N° Berrechid
aniss.elbaitil@gmail.com - Tél : 05 22 03 02 31

عيادة الدكتور أنيس البيطيل

Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie prothétique
Arthroscopie
Chirurgie du sport



أمراض و جراحة العظام و المفاصل
جراحة تقويم المفاصل
الجراحة بالمنظار
الجراحة الرياضية

Cabinet Dr Aniss Elbaitil

Ordonnance

Date : 16/12/21

NAÏIA KHEZZAIL

56,60 Diprostone inj



Dr. Aniss EL BAITIL
Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue
N°4, Rue Yaacoub El Mansour - Berrechid

شارع محمد الخامس - زاوية زنقة يعقوب المنصور - عمارة الحاج أحمد مدخل B رقم 4 برشيد

Bd Mohammed 5 - Angle Rue Yaacoub Mansour - Imm Haj Ahmed Entrée B N° 4 Berrechid
aniss.elbaitil@gmail.com - Tél : 05 22 03 02 31

عيادة الدكتور أنيس البيطيل

Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie prothétique
Arthroscopie
Chirurgie du sport



أمراض و جراحة العظام و المفاصل
جراحة تقويم المفاصل
الجراحة بالمنظار
الجراحة الرياضية

Cabinet Dr Aniss Elbaitil

Date :

COMPTE RENDU+FACTURE

DATE : 29/11/2021.

Nom : KHEZZAR NAJIA

<i>Radiographie des deux mains (F et ¾).</i>	<i>200 DHS</i>
<u>Compte rendu :</u> Arthrose des IPP et IPD.	