

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 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.
- La 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-432922

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8300	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>W. Hossali</i>			
Date de naissance : <i>23.11.1962</i>			
Adresse : <i>136, boulevard Hassan II - Casablanca</i>			
Tél. :	06 62 76 5904	Total des frais engagés :	05 SEP. 2019
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr HAFADJI HASSANI</i>			
Date de consultation :	<i>10-10-2019</i>	Age :	<i>57</i>
Nom et prénom du malade :			
<i>Wahbi Hossali</i>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
<i>Gonarthrose gauche + Lombalgie</i>			
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*

Signature de l'adhérent(e) : *Le : 10 Oct 19*

RELEVE 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
10/01/19	S		200	INP : 00000000 CHIRURGE TRAUMATOLOGIQUE Dr HAN
				27 Rue de la République 67000 STRASBOURG Téléphone : 03 88 22 94 40 Fax : 03 88 22 94 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CASARADIOLOGIE BENHADDOU / BENYACHOU Abdelmejid - Casablanca 11.27.27 77 4406 61 67 46 72</i>	21/8/19	<i>Radiologist Rx fee +30%</i>	<i>800 Dh</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 												
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">26533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411 11433553</td> </tr> </table>					H	26533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553
				H	26533412 21433552											
				D	00000000 00000000											
				B	00000000 00000000											
G	35533411 11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
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																

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسين

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 20.07.19 الدار البيضاء، في :

Wahbi Hassen

- Dr Jean G Harfouche
- Dr Saïd Benyachou
- Dr Abdellatif Benhaddou

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique
27, Rue Jalal Eddine Assayouri Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 72

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelloumen - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27 77 44 06 61 67 46 72



Casablanca, le 02/08/2019

FACTURE :08686/2019

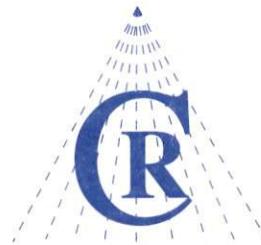
Nom & Prénom : WAHBI HASSAN

Examen(s)	
RADIOGRAPHIE DU GENOU F/P + SCHUSS + DFP A 30°	
RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P	

Montant TOTAL	800 DH
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
HUIT CENTS (800 DH)

119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 77 77 44 06 01 67 46 72
Dr. BENHADDOU / BENYACHOU
CASA RADILOGIE



Casablanca le 02/08/2019

Médecin Traitant : **PR A. HARFAOUI**

Nom du patient : **MR WAHBI HASSAN**

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P

Discrète attitude scoliotique.

Ostéophytose lombaire débutante étagée sans pincement discal significatif.

Pas de tassement vertébral.

Pas de lyse isthmique ni de spondyloptose.

Arthrose zygapophysaire L5/S1.

Anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée avec hémi-sacralisation droite de L5.

Ostéosclérose de l'articulation sacro-iliaque droite.

RADIOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE F/P + SCHUSS + DFP A 30°

Ostéophytose débutante sans pincement articulaire fémoro-tibial significatif.

Pas de lésion osseuse décelable.

Pas de calcification chondroméniscale.

Pas d'ostéochondrome.

Pas de dysplasie trochléo-patellaire ou de luxation rotulienne externe avec ébauche d'ostéophytose rotulienne.

Bien confraternellement à vous.
DR Y. BENHADDOU

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