

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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- 0013556

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8512

Société :

MUPRAS (91,086)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

09 MAPS 2020

Nom & Prénom : KOUAÏD MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : 199 Bd GRANDE SAVILLE

06/07/1950

Tél. : 0661 41 41 51

Total des frais engagés :

G+ 384 DHT

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr A. YACOUBI HESSISSEN

Rhumatologue

Médecine Fonctionnelle + Micronutrition

41, Bd Zerkouni, Rés. Listikrar, 3^{me} étage

Tél. : 05 22 22 42 22 - GSM : 06 50 23 98 01

Cachet du médecin :

DR A. YACOUBI HESSISSEN

Date de consultation :

20 FEV 2020

Nom et prénom du malade :

KOUAÏD MOHAMED

Age : 1950

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

RHUMATOLOGIQUE

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 : 01/03/20

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20 FEV 2020 | C | | Gérard | Médecine Fonctionnelle Rés. Listikar, 3ème étage 41, Bd Zerkorki, Alg. Tel : 05 22 24 82 87 GEN - 06 50 23 93 84 |

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>Centre de Radiologie Rue d'Agadir, Angle Sidi El Hani 5224973 - Casablanca</i> | 26/02/2020 | Raf Cenon FIP + Rocherolle | 384,00 DHTS |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

| 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 | | | |
| | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | H G B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | 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

Dr. Asmaa YACOUBI HESSISSEN
الدكتورة أسماء يعقوبي الحسيسن

MALADIES DES OS ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE
MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION
RHUMATOLOGIE · NATUROPATHIE · MÉSOTHÉRAPIE

20 FEV 2020

Casablanca, le :

M. R. KOUN MOTTASSEM -

Rd genou gde (F+P)

Rd cheville gde

Profil —

Dr. A. YACOUBI HESSISSEN
Rhumatologue
Médecine Fonctionnelle - Micronutrition
41, Bd Zerkouni, Rés. Listikrar, 3^{ème} étage
Tél.: 05 22 22 42 22 - GSM: 06 50 23 93 84

Dr. A.BELHOUCINE

Radiologue diagnostic et interventionnel
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille
Ancien P.H. des hôpitaux de France

CASABLANCA, le 20 Février 2020

NOM DU PATIENT : KOUN MOHAMED

MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr Yacoubi Asmaa

EXAMEN REALISE : RX CHEVILLE P

Résultat :

- Entésopathie d'insertion calcifiée du tendon d'Achille.
- Absence d'anomalie osseuse ou articulaire.

En vous remerciant de votre confiance

DR BELHOUCINE

Dr A. BELHOUCINE
Radiologue
Ancien P.H. des Hôpitaux
de France
INPE : 091018788

Dr. A.BELHOUCINE

Radiologue diagnostic et interventionnel
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille
Ancien P.H. des hôpitaux de France

CASABLANCA, le 20 Février 2020

NOM DU PATIENT : KOUN MOHAMED

MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr Yacoubi Asmaa

EXAMEN REALISE : RX GENOU F/P

RESULTAT :

- Discret pincement compartimentale interne, sans remaniements osseux arthrosiques.
 - Absence de calcifications intra ou extra-articulaire.
- Rotule en place.

En vous remerciant de votre confiance

DR BELHOUCINE

Dr A. BELHOUCINE
Radiologue
Ancien P.H. des Hôpitaux
de France
INPE : 091018788

F A C T U R E

N° de l'admission : 20000943 N° Facture 20001036 Date facturation : 20/02/2020

Nom et prénom du patient : **MOHAMED KOUN**

Convention : **PAYANT**

Traitements : **Examen radiologie** Entrée: 20/02/2020 Sortie: 20/02/2020

| PRESTATIONS | nombre | prix unitaire | montant |
|----------------------------|--------|---------------|---------------|
| RX GENOU F/P,RX CHEVILLE P | 1.00 | 384.00 | 384.00 |
| | | sous-total | 384.00 |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois cent quatre-vingt quatre dirhams total : **384.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

