

# 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.

**Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

**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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)**



37567

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009163

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4721 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHJOURBI HASSAN Date de naissance : 1.1.1951

Adresse : 15 BLOC BASIL N° 46 HAY MOHAMED

Tél. : 06-14-184547 Total des frais engagés : 603,60 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 08 / 2020

Nom et prénom du malade : MAHJOURBI HASSAN Age: 5

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

Nature de la maladie : Douleur après Pt ACCUEIL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : pas d'accident

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) : [Signature] Le : 25 / 8 / 2020



# 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
11.08.20	C2		200.00	Dr. Adil YAHIA Chirurgien Orthopédiste Rés. Al Assil, Bd Ali Yafa Imb. 54, H.M. - Casablanca Tél: 05 22 62 04 03

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.08.20	253,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Adil YAHIA Chirurgien Orthopédiste Rés. Al Assil, Bd Ali Yafa Imb. 54, H.M. - Casablanca Tél: 05 22 62 04 03	11.08.20	Rx epaul n° 1	150.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

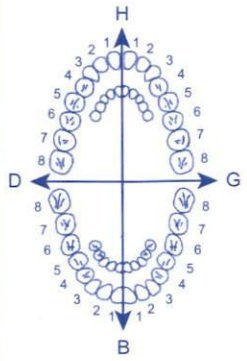
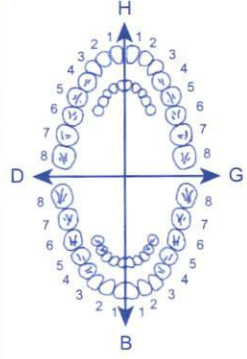
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[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

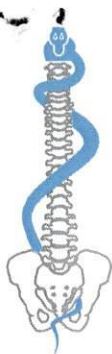
# Docteur Adil Yahia

Spécialiste en Chirurgie traumatologie et Orthopédique

## الطبيب الدكتور عادل يحيى

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- Chirurgie de la main
- Chirurgie de genou
- Chirurgie de rhumatismes
- Chirurgie du sport
- Médecine du travail
- Expertise médicale



- جراحة اليد
- جراحة الركبة
- جراحة الروماتيزم
- الطب الرياضي
- طب الشغل

Casablanca, le : 11/08/2026

7 = HASSAN MAHMOUDI  
100,40  
1) Beni y off

22,00 x 2  
2) cedel  
109,20  
1 p m j r j r

(3) GAREX 25  
1-0-2/j  
253,60

Stamp: H.M. Casablanca, N° 5, 01 13 10 16 22 61 31 10

Stamp: LOT 201864 PER 14/23 PPV 109DH20

Stamp: LOT 201864 EXP: 02/23 PPV: 109DH20

Stamp: HAR

Dr. Adil YAHIA  
Chirurgien Orthopédiste  
Rés. Al Assil, Bd Ali Yafa  
Imb. 54, H.M. Casablanca  
Tél: 05 22 980 298

**Dr yahia adil**

**Chirurgien orthopédiste**

**Tel 0522620603**

**Compte rendu de radiologie**

17 - HASSAN NAHJOURI

17.11.08.22

Réponse à

- pas d'effraction articulaire
- Pas de tumeur articulaire

**Dr. ADIL YAHIA**  
Chirurgien Orthopédiste  
Rég. Al Assil Bd Ali Yaata  
Imm. 54, H.M. Casablanca  
Tel: 0522 62 06 03



DR YAHIA ADIL  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
Tel 0522620603

FACTURE N° 240 / 22

INP 091042804

M - HASSAN ALAATJOURI

1.11.07.2020

Reçu par le Dr

150.00

24 - 27

Dr. Adil YAHIA  
Chirurgien Orthopédiste  
Rés. Al Assil, Bd Ali Yaata  
Imb. 54, H.M - Constantine  
Tél: 05 22 22 04 22

Résidence Al Assil Bd Ali Yaata Imm 54 RDC N°2 Hay Mohammadi