

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

- 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 M.

N° M21- 06620

138247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2255

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Requite

Nom & Prénom : EL HACIMI Abdelhak

Date de naissance :

Adresse : Lot ATTADAMOUNT Rue 4 N° 28 oul Hassan

Tél. : 06 74 61 70 15

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2021

Nom et prénom du malade : EL HACIMI Abdelhak

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : hémionose

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 : 17/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-10-22	120.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17-10-22		

AUXILIAIRES MEDICAUX

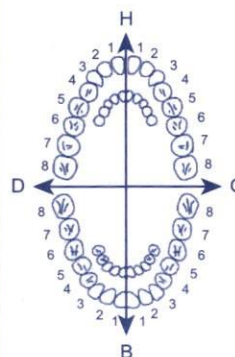
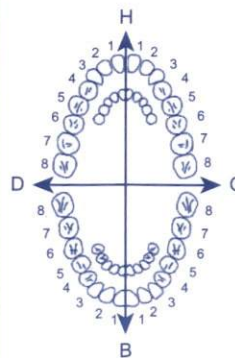
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17-10-22					401.4

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																	
				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 colspan="2">G</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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION DU CIRCONDISSEMENT HAY HASSANI
HÔPITAL AL HASSANI

Reçu de M. ELHACHIMI

La somme de 6000

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
		24
Total		

Quittance

N° 491100

Cachet du
Service

Le

Signature du
Régisseur

Docteur Karim EZAIDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste

Ex- chirurgien au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Ex- Chirurgien au CHR Mohamed 5 -casablanca



الدكتور كريم الزايدى

أخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

جراح سابق بالمستشفى الجهوي محمد الخامس الدار البيضاء

Casablanca , le :

07 / 11 / 2022

El Macchini Abdelhif

orthèse

sur

proif

INTERVENIR SARI
Al Azhari II Bd Oued Daoura
236 Oulfa - CASABLANCA
Gsm : 06 60 40 63 63

Docteur Karim EZAIDI
Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste
Bd. H-124 - Lot. Moulay Thami N°141
Rond Point Georges - 1^{er} étage - Appt 5
El Oulfa - CASABLANCA
Tél : 05 22 90 90 93 - Email : Dr.ezaidi@gmail.com - INPE : 091216432 - Patente N° : 36054868

141 Lot. Moulay Thami, Angle Bd. Oum Rabiaa Et Bd. Zoubir « Rond-Point George »,
1^{er} Etage - Appt. 5 El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 90 90 93 - Email : Dr.ezaidi@gmail.com - INPE : 091216432 - Patente N° : 36054868



Date : 17/11/2022

Nom et Prénom : EL HACHIMI ABDELLATIF

**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN
(FACE)**

INDICATION

Bilan

RESULTATS

Fracture non déplacée du tiers moyen du 4^e métacarpien.

Les interlignes du carpe, des MCP et des articulations interphalangiennes sont de hauteur normale.



CAS 622/11/2022

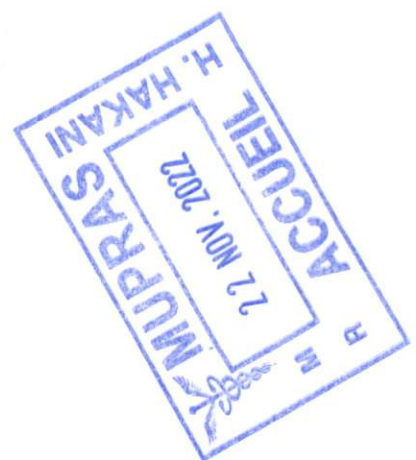
Je soussigné MR ETHA OUMI Abdellatif

N° 2255 le traite (Cas)

Je vous salue MR que j'ai été
notifié d'un autre niveau de classe
à Mon Domicile à la suite
de laquelle j'ai eu une fracture
à la main droite.

Veillez agréer MR mes salutations
distinguées

Yefi Abdellatif
Ethachou



ORDONNANCE

le

Mr/Mme

le ALER

ECHARTINI ARMECCATIA

44,20

Wangf



44,20

PHARMACIE ANNASR
HIND MENIOR

Docteur en Pharmacie
ASSALAM HIND MENIOR
Tél : 022 23 28 33 - Fax : 022 23 28 33



Wangf



76,20



Vph



180,40

ORDONNANCE

le

Mr/Mme

(3) 10 5 11

EC HACHINI ARBECAAT

Rxno *Shels*

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation Hay Hassani
Hôpital Al Hassani
Service de Radiologie

دكتور أمير نامة
Docteur AMIR NAMA
Médecin Urgentiste
Centre Hospitalier Préfectoral
Délégation Ministère de la Santé
de Hay Hassani

Cachet du médecin

