

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1933 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1294,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur A. LAMINE

Chirurgie Orthopédique

Traumatologique

Av. Ai Akid Al Allam Annakhla Im. A2

Moulay Rachid 2 - Casablanca

Tel : 05 22 37 19 17

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : (Chondromalacie)

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 : 1/1/14

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
2/12/12	K20		1600,-	 Professeur A. LAMANI Chirurgie Orthopédique Troumatologique Dr. Aliam Annakhalia Im. A2 37 Casablanca 37 19 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Ma Pharmacie 30 Bis, Fath II Sidi Maarouf CASABLANCA Tél : 05 22 862 05</p>	08/12/2022	194,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) and directional markers. The arch is oriented with a vertical axis (H) at the top, a horizontal axis (D) to the left, and a diagonal axis (C) to the right. The teeth are numbered as follows: 1 (top central), 2 (top lateral), 3 (top canine), 4 (top first molar), 5 (top second molar), 6 (top third molar), 7 (bottom third molar), 8 (bottom second molar), 9 (bottom canine), 10 (bottom lateral), 11 (bottom central), 12 (bottom first molar), 13 (bottom second molar), 14 (bottom third molar). The diagram shows the arrangement of these teeth in a dental arch.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



M → SKALI. LAMI. Rojo-

14,00

1/1 ANDOL 500

5.1

1 CP x 2/15

180,00

2/1 LOVENOX 02

5.1

1 Amp en S/C

CLINIC
73, Rue
et Abou
Tél: 0522 78 62 05

15/2

x 150

énoxaparine sodique/
enoxaparin sodium

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
LOVENOX 2000UI ANTI-XA/0.2ML SER B6
P.P.V. : 180LH00
6 118 001 080489

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologique
Akid Al Attam Annakha Im. A2
Moulay Rachid 2 Casablanca
Tél. : 05 22 78 62 05
180 BIS, CASABLANCA
Ma PHARMACIE
MDSI Maroc



Le 8/12/22

Nom & prénom : *Skali lami Raja*

Signes cliniques : *Torsion du pied dt.*

Examen radiologique réalisé :

- *Cliché du pied dt de face et de profil.*

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologique
AN. Al Akid Al Aliam Annakhla Im. A2
Moulay Rachid 2 Casablanca
Tel. 06 22 37 19 17



Le 8/12/22

Nom & prénom : Skali lami Raja

Signes cliniques : Torsion du pied dt.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché du pied dt de face et de profil.

Compte rendu

- Fracture de la base du 5^{ème} métatarsien.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologique
Av. Al Akid Al Aliam Anfa 10000 Casablanca
Moulay Fatchio 2 Casablanca
Tel: 05 22 37 19 17



FACTURE N° : 37/22

Nom & Prénom : Skali lami raja

Libellé	Coef.	Montant (dh)
. Pr Lamine	K20	700
. Immobilisation	K20	700
. Radio du pied dte de F+P	Z	200
. Resine + accessoires		1600

Arrêté la présente facture à la somme de :
mille six cent Dirhams.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologique
Allam Annakhia Im. A2
Rue Hashid 2 - Casablanca
05 22 37 19 17

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Abou Marouane Abdellalek
Casablanca
Tél: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 86 05 30

Casablanca le 27/12/2022

Objet: Déclaration des conditions de fractures
Je soussignée, Mme SKALE LAMI RAJA, titulaire de
la CIN numéro B268125, épouse de M. Mustapha EL Dajyani
Né 1933, retraité RAT, déclare par la présente avoir
trébouché en date du 08/12/2022, en descendant les
escaliers, dans ma maison, provoquant une fracture de
la base du 5^{em} métatarsien du pied droit

Cette déclaration est faite pour valoir à que
de droit

SKALE LAMI RAJA



