

## 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.

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° W21-769484

SAOUA

AS2235

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9797 Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHOU NADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 76 34 85

Total des frais engagés :

969

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/12/2022

Nom et prénom du malade :

DAHOU NADIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Deuxième de extenseur de onteils  
plus gauche + Talgite bilatérale

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 : Casablanca

Le : 27/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES HONORAIRES																						
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement de INP : 091167R647																		
08/12/2022		300		<i>[Handwritten signatures and initials over the header section]</i>																		
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>																						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture																				
<i>[Handwritten signature]</i>	3-12-22	369,80																				
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b>																						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires																			
<i>[Handwritten signature]</i>	08/12/2022 RX	Table	300 <i>[Handwritten signature]</i>																			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>																						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires																		
		A M	P C		I M	I V																
<b>VOLET ADHERENT</b>																						
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>																						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																						
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																						
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
G																						
B																						
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 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"/>																						



# Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

## Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- Ancien Interne des Hôpitaux de France
- Ancien Praticien en Belgique
- Diplôme de Médecine et traumatologie du Sport à Reims
- Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- Chirurgie de la Main et Pied
- Chirurgie Arthroscopique

Tél. : 05 22 27 48 01

08/12/2022

## FACTURE

DAHOU NADIA

• Consultation : 300DH

• Acte : 11111

• Radio : 300DH | Rx de TAKOM

• Montant : 600DH



# Doutor Abderrahmane ABOUCHAMA

## Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Diplôme de l'Université de Louvain à Bruxelles
- Ancien interne des Hôpitaux de France
- Ancien praticien en Belgique
- Diplôme de Médecine et traumatologie du Sport à Reims
- Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- Chirurgie de la Colonne Vertebrale
- Chirurgie de la Main et Pied
- Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

- شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا و مارس سابق ببلجيكا
- diplôme في الطب الرياضي والإصابات بفرنسا
- الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- جراحة الكسور و الروماتيزم
- جراحة العمود الفقري
- جراحة اليد و القدم

Casablanca, le :

08/09/2022  
الدار البيضاء، في:

Dr DAHOU MADIA

Compte rendu de la radiographie  
des talons :

Fracture calcaneum bilateral

Dr Abderrahmane ABOUCHAMA  
Orthopédiste et Traumatologue  
Boulevard Oued Darâa - Casablanca  
Téléphone : 05 22 27 48 01  
Fax : 05 22 27 48 02

61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca 61، شارع واد درعة، الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 24 13 16      Tél. : 05 22 27 48 01      المستعجلات :