

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.

N° W21-786834

152653

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 9619 Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : GRINE Abdellah		
Date de naissance : 08/07/1962		
Adresse : Ress Gelf KENIMA 554		
Tél. : 0665122088	Total des frais engagés :	200,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<i>Docteur Karim EL-KRADIME</i> Spécialiste en Chirurgie Orthopédique Traumatologie 451, Avenue Mohamed V et Ibn Abi Zaraz N°40 Nakhla 20000 Casablanca - Tel : 05 37 327 327		
Date de consultation : all 10/03/2023		
Nom et prénom du malade : Grine Achraf Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Rupture Lég. jamb G.		
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 : **10/03/2023**

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
11/03/2023	G			INPE : 04106400 Dr Karim ZKHADIME

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		481 Avenue Mohamed V et Ibn Sina - Tel : 05 37 327 327

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr Karim ZKHADIME Spécialiste en Chirurgie Orthopédique - Radiologue Orthomed V et Ibn Sina - Kénitra - Tel : 05 37 327 327	01/03/2023	72	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

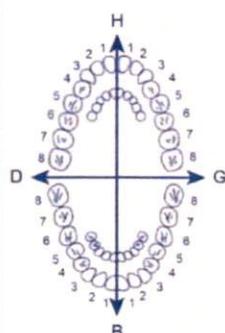
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

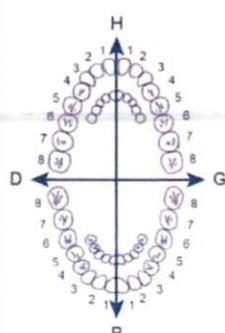
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES



ODF PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

Docteur Karim EL KHADIME

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique Traumatologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgie Prothétique et Arthroscopique
Chirurgie de la Main
Technique PRP et K-TAPING
Traumatologie du Sport



الدكتور كريم الخديم

اختصاصي في جراحة
العظام والمقاييس

خريج كلية الطب بالرباط
طبيب سابق بمستشفيات باريس
الجراحة الترمومضية والجراحة بالمنظار
جراحة اليد

K-TAPING و PRP
الطب الرياضي

Kénitra, le : 01/03/2023 القنيطرة ، في :

MR GRINE ACHRAF

Facture

Rx Genou Gauche (F+P)

Montant : 200,00 dhs

Docteur Karim EL KHADIME
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique Traumatologie
461, Avenue Mohamed V et Ibn Abi Zaraa
Bureau N°10 Nakhla 3, Kénitra - Tél : 05 37 327 327

Docteur Karim EL KHADIME

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique Traumatologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgie Prothétique et Arthroscopique

Chirurgie de la Main

Technique PRP et K-TAPING

Traumatologie du Sport



الدكتور كريم الخديم

اختصاصي في جراحة
العظام والمقاصل

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التعويضية والجراحة بالمنظار

جراحة اليد

K-TAPING و PRP تقنية

الطب الرياضي

Kénitra, le : 01/03/2023 القنيطرة ، في :

MR GRINE ACHRAF

Compte Rendu

Rx Genou Gauche (F+P)

Présence d'Endo Button fémoral en place

Docteur Karim EL KHADIME
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique Traumatologie
461, Avenue Mohamed V et Ibn Abi Zaraa
Bureau N°10 Nakhla 3, Kénitra - Tel : 05 37 327 327

Docteur Karim EL KHADIME

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique Traumatologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgie Prothétique et Arthroscopique
Chirurgie de la Main
Technique PRP et K-TAPING
Traumatologie du Sport



الدكتور كريم الخديم

اختصاصي في جراحة
العظام والمقاييس

خريج كلية الطب بالرباط
طبيب سابق بمستشفيات باريس
الجراحة التعويضية والجراحات بالمنظار
جراحة اليد

K-TAPING و PRP
تقنية PRP و K-TAPING
الطب الرياضي

القنيطرة، في : 01/03/2023

MR GRINE ACHRAF

Rx Genou Gauche (F+P)

Docteur Karim EL KHADIME
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique Traumatologie
461, Avenue Mohamed V et Ibn Abi Zaraa
Bureau N°10 Nakhla 3, Kénitra - Tél: 05 37 327 327