

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2314 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAITINY Fatima

Date de naissance : 01/07/51

Adresse : Rue NASSIR EDDINE ANFA 2^e ETAGE N°321

MARRAKESH Supérieur

Tél. : 06 64 02 57 83 Total des frais engagés : 1295,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : Haitiny Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Transfusio...chondrite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

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
24/03/2013	Visite	(01)	600 ⁰⁰	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NATIONALE</i> Angle Rue d'Assas et Rue des Oasis - Clichy Téléphone 34.20.11	27/03/22	185,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique JERRADA Service de Radiologie Casablanca Tél : 05 22 99 37 48	27/03/13	Rachéville	Montant des Honoraires Service de Radiologie Casablanca Tél : 05 22 99 37 48

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'D' (distal) to the left and 'G' (mesial) to the right extends through the arch. A horizontal line labeled 'B' (buccal) at the bottom and 'R' (lingual) at the top extends through the arch. The teeth are numbered as follows: upper arch (D to G): 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3; lower arch (B to R): 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur GUESSOUS Mohamed Rachid

Médecine Générale

Derb El Miter Rue 1 N°
El Fida - Casablanca
Tél. : 05 22 26 26 26
GSM : 06 65 79 79

PPV:
EXP:
Lot N°:

Casablanca

الدكتور ڭسوس محمد

الطب العام

درب المتر زنقة 1 رقم 40
الفداء - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 28 44 57
المحمول: 06 65 79 20 91

2023/03/27

47,80 - زنجر 1x1
83,50 - Newflex anti-inflammatoire 2x50g
58,00 - Arnica gel 1x1,75g

ISOPHARM
NEWFLEX GEL
CHAUFFANT

89.50 dhs

ARNICA GE
LOT: CKX77
EXP: 10/2026
PPC: 58.00DH

185,30

PHARMACIE 77 ZOLEON
Ange de la Paix et Rue de la Paix N° 1
et Rue des Paillots N° 1
Casablanca
Tél: 05 22 28 44 57

Dr GUESSOUS Mohamed Rachid
Médecin Généraliste
Derb El Miter Rue 1, N° 40 El Fida
Casablanca
Portable: 06 65 79 20 91

Docteur GUESSOUS Mohamed Rachid

الدكتور گسوس محمد رشيد

Médecine Générale

الطب العام

Derb El Miter Rue 1 N° 40

درب المتر زنقة 1 رقم 40

El Fida - Casablanca

الدار البيضاء

Tél. : 05 22 28 44 57

الهاتف: 05 22 28 44 57

GSM : 06 65 79 20 91

المحمول: 06 65 79 20 91

Casablanca, le : 27/03/23

1^{er} Hématome

Très peu

R[°] cheville gauche

(F+P)

(Avec aiguille de 10 mm)

Clinique JERKAJA
Service de Radiologie
Tel. 05 22 99 37 48

Dr GUESSOUS Mohamed Rachid
Médecin Généraliste
Derb El Miter N° 40 El Fida
Casablanca Tel. 05 22 28 44 57
Portable: 06 65 79 20 91



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

27/03/2023

PATIENT : **HATIMY FATIMA**

PRESCRIPTEUR: Dr. **ZAHNOUNE MOHAMED**

Rx. **CHEVILLE F+ P**

RESULTATS :

Minéralisation osseuse normale.

Pas de trait de fracture.

Pas de luxation.

Merci de votre confiance.

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie

Casablanca

Tél : 05 22 99 37 48

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 27-03-2023

Facture N° 06207/23**A. Identification**

N° Dossier : CJO23C27205609

N° Identifiant : 075089/23

Nom & Prénom : Mme HATIMY FATIMA

C.I.N : B29496

Adresse : 3 RES ANFA 3 RUE NASSIHI EDDINE ETAG 2 APT 321 MAARIF CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-03-2023

Date Sortie : 27-03-2023

Traitement :

Médecin traitant : DR . ZAHNOUNE MOHAMED

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	CHEVILLES F/P		500,00			500,00
					Total Rubrique :	500,00
						500,00
						0,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 37 48