

# 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.

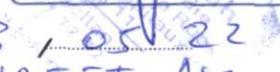
## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-794839

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5467	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	Rehautée, 164638
Nom & Prénom : HAJJI Asma			
Date de naissance : 09/01/1955			
Adresse : Av. El Bédr. Résidence Belvédère n°7 Boufoune - Casab			
Tél. : 06 6114 2446	Total des frais engagés : 800,- Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	  3,05.22	
Date de consultation :	3,05.22		
Nom et prénom du malade :	HAJJI Asma		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	h. Pneu x 2		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des enseignements portés à la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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
03/08/23	C	300	INP : 09996684	SAUZENNE OLYMPIE Médecin de la famille du 13/08/2023

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Latifa HAMMOUD Dr. Driss EL HASSANI 23, Rue Sidi Quartier des Hôpitaux Casablanca	03/05/2023	12.0	500.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. Row 7: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Row 8: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Row 9: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Row 10: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow on the left side, a horizontal arrow at the bottom, and a diagonal arrow pointing up and to the right.

### **[Création, remont, adjonction]**

Visa et cachet du praticien attestant le devis

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat

03/05/23

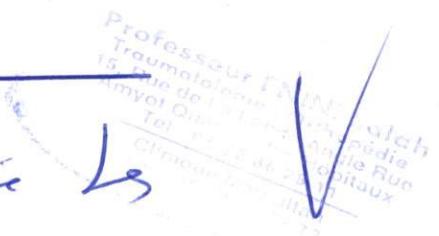
N° HASSI ASNAA

68g -  
lifentes ?

Region Le lbo  
or regularité

Echographie  
Les

rester Nbre



C3.

Cabinet : 15 Rue de la Lande, Angle Rue Amyot, 2ème étage, Quartier des Hôpitaux, Casablanca - Tél.: 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44

Clinique Mers Sultan : 64, Bd Omar El Idrissi (en face jardin Murdoch), Casablanca - Tél.: 05 22 27 72 72 / 05 22 27 80 34

E-mail : safifnini@yahoo.fr - INP : 091146084 - en cas d'urgence GSM : 06 61 21 03 88 / 06 64 75 46 44

# RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFoud

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca le : 04/05/2020

## FACTURE

Nom patient : Mme . HAJJI ASMAA

Examen(s) réalisé(s) : ECHO- DES PARTIES MOLLES

Montant : 500, 00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq Cent Dirhams .

---

23, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux- Casablanca- Tél : 022-49-09-60/61 Fax 022-49-09-62 C.N.S.S./ 2567157-  
Patente N° 34400143 - IF 01084042 - BMCE : Agence Mers Sultan - Casablanca  
N° du Compte 011.780 .0000. 51. 210. 00 .600 83 .40 – ICE 001514978 0000 09





IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler  
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie  
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil  
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

Casablanca le: 04 Mai 2023

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente, Mme. Asmaa HAJJI

### ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES

Présence au niveau de la région dorsale gauche du t, d'une masse sous-cutanée hypoéchogène, homogène, ovalaire, bien limitée, avasculaire, mesurant 52 x 9 x 39 mm de diamètre transverse, antéro-postérieur et crânio-caudal.

Présence au niveau de la région deltoïdienne droite, d'une masse sous-cutanée hypoéchogène, homogène, ovalaire, bien limitée, avasculaire, mesurant 67 x 24 x 52 mm de diamètre transverse, antéro-postérieur et crânio-caudal.

Absence d'atteinte des plans sous-jacents aponévrotiques.

#### Conclusion :

Aspect échographique en faveur de lipomes de la région deltoïdienne droite et dorsale gauche mesurant respectivement 67 x 24 x 52 mm et 52 x 9 x 39 mm .

Confraternellement  
**Dr. H. EL HASSANI**

