

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **545**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MA.S.ROUR Abderrazak**

Date de naissance : **28/01/1945**

Adresse : **32, B<sup>9</sup> Kennedy Casa**

Tél. : **0661290969**

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **Dr. A. M. AYARGUI** ..... Age: .....

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

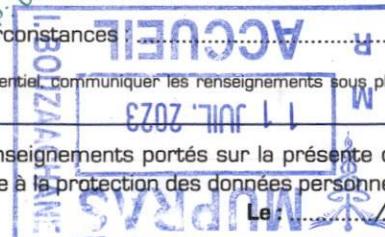
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : ..... / ..... / .....

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 la Paiement des Actes
05/08/23	Urgent	1	3 Drs. Anis A. Chahed Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 20 Août 1956 Tunis Tunis 2000 Tunisie	<i>Orthopédiste</i> Anis A. Chahed Casablanca 21-81-16 22-29910 Cachet de la Banque du Commerce et de l'Industrie Signature : Anis A. Chahed

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is centered on a vertical axis. Four directional markers are present: 'D' on the left horizontal axis, 'G' on the right horizontal axis, 'H' at the top apex, and 'B' at the bottom apex. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is drawn with a continuous line.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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



مركز جراحة العظام والمقابل والجراحة الرياضية  
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

05/07/2023

## MME MEKOUAR SOAD

Casablanca le 05/07/2023

### COMPTE RENDU OPERATOIRE

**Mme MEKOUAR SOAD**

**Date de l'intervention :** 05/07/2023

**Chirurgien :** DR ACHARGUI

**Anesthésiste :** Dr

**Indication :** CAPSULITE RETRACTILE

**Intervention :** ARTHRODILATATION

Sous Sédation, malade en décubitus dorsal en position demi assise.

Repérage sous scopie de l'interligne articulaire

Infiltration en regard puis repérage de l'articulation et infiltration intra-articulaire d'un mélange de 40 cc de sérum salé + lidocaine 2% + diprostène

Pansement stérile

Dr ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
2 Mars Casablanca  
NIP 091170910

# CLINIQUE BELVEDERE

150,Bd BAHMAD-CASABLANCA  
Tel : 0522404040 Fax: 0522404010  
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com

## F A C T U R E

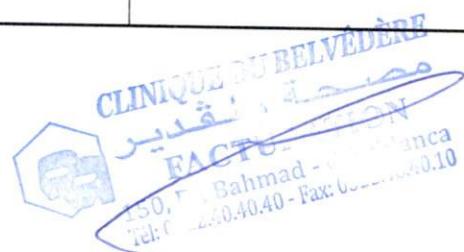
N° : 774 / 2023 du 05/07/2023

Nom patient	MEKOUAR SOAD	Entrée	05/07/2023
	PAYANT	Sortie	05/07/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1,00		751,00	751,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>751,00</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 200,00</b>
DR. ACHARGUI ANIS (traumatologue)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR. ANESTHESISTE (anesthesiste)	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 800,00</i>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 800,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS	Total	3 000,00



# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD  
Casablanca

Tél : 40.40.40 (3 lignes groupées )  
Fax : 40.40.10

مصحة بلفديير

150، شارع باحمداء  
الدار البيضاء  
الهاتف 40.40.40 (3 خطوط مشتركة )  
فاكس : 40.40.10



Casablanca, le ..... 05/02/23 ..... 19 .....

le Docteur ..... A. CHAIB GOUT .....

prie M ..... DE KOLDR. S. ....

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
pour ..... T 1500, - Dh .....

S'élevant à la somme de ..... Dhs

Dr Anis ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Bd. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 05.22.81.81.16  
INP: 091170910

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél. : 022 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 022 40.40.10

مصحة بلفدير

150، شارع باحمد

الدار البيضاء

الهاتف : 022 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 022 40.40.10



Casablanca, le 05/05/23 200

le Docteur NABADJI

prie M. ME KOUARZ Soud

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
pour 400,000

S'élevant à la somme de Dhs

CLINIQUE DU BELVEDERE  
Anesthésie - Réanimation  
Dr YOUSSEF MANAOUI  
Médecine d'Urgence