

# 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.

**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

M22- 0046079

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10608 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Détaché

Nom & Prénom : EL AOUAD ADIL

Date de naissance : 09/07/1977

Adresse : habituelle

Tél : 0661516371 Total des frais engagés : 1200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 OCT 2023

Nom et prénom du malade : EL AOUAD Ghita Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 16/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
06/09/2023		3	400,00	<b>Professeur A. REDASS</b> <b>TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE</b> <b>PÉDIATRIQUE</b> Tél : 05 22 94 20 00 - 05 22 25 95 08

# 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

05.09.23      280      800,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

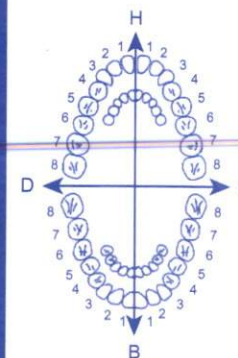
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

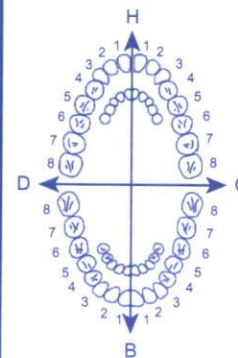
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

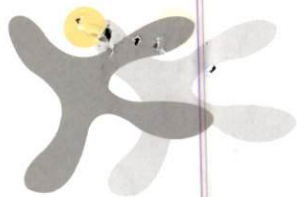
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Professeur A. REFASS  
Chirurgie et Traumatologie  
Orthopédie Pédiatriques  
237, Boulevard Zerktouni - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 94 20 09  
E-mail: a.refass@gmail.com

06/09/2013

ELAOUD Gloria

Scoliose

Rx rachis en entier debout  
F+ ? sans corset, après  
48h de libération, et  
avec talonnette c-Dr.

RADIOLOGIE HAY ELISSAM  
10, Imm Contraintes, Casablanca  
Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 94 20 09

Professeur A. REFASS  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
PEDIATRIQUE

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bulevard - Casablanca  
Tél.: 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - Email: a.refass@gmail.com

50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax: 0522.235.028

Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
INPE: 091119495

IF : 2221555

Casablanca, le 09/09/2023

**Facture N° 2849/09/2023**

**Nom patient : EL AOUAD GHITA**

**Examen(s) réalisé(s) : RACHIS ENTIER FACE/PROFIL**

**Date Examen(s) : 09/09/2023**

**Montant : 800 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE  
MONTANT TOTAL :  
HUIT CENTS DIRHAMS**

  
RADIOLOGIE HAY HASSANI  
10, Imm. Communal Route d'Azemmour - Casablanca  
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13  
Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Dr. N. Faris**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

09/09/2023

**PATIENT : Mlle. EL AOUAD GHITA**  
**MEDECIN TRAITANT : ABDELOUAHEDREFASS**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : RACHIS ENTIER FACE/PROFIL**

**Cher Docteur,**

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

### **RACHIS EN ENTIER DE FACE/PROFIL**

- ❖ Scoliose lombaire à convexité droite de 20°, les vertèbres de référence sont D12 et L4.
- ❖ Scoliose dorsale sus jacente compensatrice de 16°, les vertèbres de référence sont D8 et L1.
- ❖ Rectitude dorso lombaire avec une cyphose dorsale de 24° et une lordose lombaire 24°.
- ❖ Bascule du bassin à gauche de 6,1mm.
- ❖ Risser est côté à 2

**Confraternellement**

**DR O. ALAMI**  
e 30 Sidi Abderrahmane - Casablanca  
tel : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

RADIOLOGIE PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE