

# 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.

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. : 06.6151.6371

Total des frais engagés : 1200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur A. REFASS**  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
PEDIATRIQUE  
TEL: 0522 94 20 00 - 0522 25 05 08

Date de consultation : 11 OCT 2023

Nom et prénom du malade : EL AOUAD *Chir* Age : 46

Lien de parenté :  Lui-même

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
06/09/2013	Co	1	100.00	<del>Professeur A. REFASS TRAUMATO-ORTHOPEDIE PEDIATRIQUE Tél: 05 22 04 20 00 - 05 22 25 05 08</del>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09.09.23	Z <sub>80</sub>	800,00

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

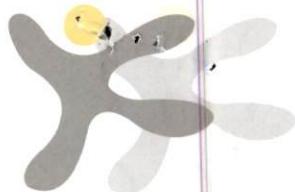
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie

& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Professeur A. REFASS  
Chirurgie et Traumato  
Orthopédie Pédiatriques  
237, boulevard Zektouni - Casablanca  
tél. : 05 22 94 20 00 - fax : 05 22 94 20 09  
e-mail : a.refass@chamsa.ma

06/03/2013

ERAOUD - Clavé

Scoliose

Rx rachis au cutter de bout

Fr 2 sans cerclage, après  
48<sup>h</sup> de libération, et  
avec talonneuse à droite.

RADIOLOGIE HAY MEESAM  
10, Imm Comptoir, 1000 Casablanca  
Bld Abderrahim Bouabid - Casablanca  
Tel : 0522.94.20.00 - 0522.25.95.98

Professeur A. REFASS  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
PEDIATRIQUE

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bulevard, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - e-mail : a.refass@chamsa.ma

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

Tel : 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
e-mail : a.refass@chamsa.ma - INPE : 091119495  
n° 10673391000063

IF: 2221555

09/09/2023  
Casablanca, le -----

**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**



*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

RADIOLOGIE HAY HASSANI

Confraternellement

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

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE

NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE