

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° W21-628278

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>11143</u>	Société : <u>RAM</u>	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<u>OUADOU</u> latte
Nom & Prénom : <u>OUADOU latte</u>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : <u>0662 94 94 38</u>	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : <u>Dr. R. FILALI Traumatolo-Orthopedie</u>		
Date de consultation : <u>26/12/23</u>		
Nom et prénom du malade : <u>Taraji Ayman</u>	Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Fracture de l. main</u>		
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) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet à signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/12/23		host	11760	Dr. R. FILALI Traumatologie Orthopédie
				IN

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR SIDI MOHAMED El Jadida - Casablanca 05-22-21 59.66	26/10/23	PHARMACIE AL AZHAR SIDI MOHAMED El Jadida - Casablanca 05-22-21 59.66

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :		
				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 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G					
	[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					



Led 0000980370 1 24/05/2005

LOUZI BW46252

AYMAN PC RAM

123005263

26/10/2023

ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI

SALLE LIT

Lot.

Exp.

P.P.V:

117 30

P10002680

فـة

RDONNANCE

117,30

le 26/10/23

754,40 - Escalier NS side

18. Oct. 31, pr fin

22,00 - Gétoï VS

1 J. 31,

114,30

- Chox 100% VS Iceberg 100%

294,00

22,00

PHARMACIE AL AZHAR
SIDI MOHAMED
Elay Mly Abdellah Casablanca
22 21 59 60

LOT 23034
PER 03/26
PPU 1540H70

Dr. R. F. H. ALI
Orthopédie

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chokh
Tél. : 0522-21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45



0625438479

LIBRARY
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
SERIALS ACQUISITION

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : Patrice DUMOUD leile

Matricule :

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :



- Moi-même
Mon conjoint
Mon enfant

Mon enfant Lieu : A notre domicile

Date d'accident : 25/10/23

Causes et circonstances :

Une plaie profonde causée par une chute d'un vase en verre.

Mon enfant a intercepté le vase cassé, et la blessure
étais profonde et a nécessité une prise en charge
en urgence ensuite une intervention le 26/10/23

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
 - La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
 - Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
 - Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à : QASA

le **L'Arrondissement Hay Hassani**
Mon responsable du contenu de la pièce
Vu pour la légalisation et celle de la signature

~~Signature légalisée~~



Signé : Malika KAN

30 OCT 2023

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

BULLETIN DE SORTIE

0000980370 1 24/05/2005
LOUZI BW46252
AYMAN PC RAM
123005263 26/10/2023
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI
SALLE LIT



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ
INARA II

Le 26/2012

Mr Razi Aymane

Hospitalisé (e) du 26/2012 au

pour (diagnostic) fracture de la main (sortie de l'ATB - mésign)

Traitements Dr Zij - Anesthésie Dr Zij - Dr M. P.

Observation du médecin Dr Zij - Dr M. P.

RDV Dr Zij - Dr M. P.

Le Médecin traitant



Etiquett

0000980370 1 24/05/2005
LOUZI BW46252
AYMAN PC RAM
123005263 26/10/2023
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI
SALLE LIT



COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur:

Dr. fihah

Patient :

Date d'entrée : 26/10/23

Date de sortie :

I - RESUME CLINIQUE :

Paroxysme au niveau du genou

II - COMPTE RENDU OPERATOIRE : Sous Anesthésie - ARS prophylactique

- Per op. - Dr. fihah au Dr. Dr. fihah
- L'exploration chirurgicale trouve les deux genoux gâtés par le tendon postérieur du 2nd Drap sur les deux.
- Greffe cartilagineuse - Dr. fihah.

III - Suites :



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TR

0000980370
LOUZI BW46252
AYMAN PC RAM
123005263

SALLE LIT
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

24/05/2005

26/10/2023

1) Date de la constatation de l'état de maladie :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Pour - A ? . maladie

3) Traitement envisagé et actes :

D :

K :

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature



POUR VOTRE BIEN ET
VOTRE SANTE NOTRE
SÉCURITÉ



N° IPP : 980370 N° SEJOUR : 123005263

FACTURE N° 2301013115

DATE D'ENTREE : 26/10/2023 DATE DE SORTIE : 26/10/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : LOUZI BW46252, Ayman Pc Ram

LOUZI BW46252, Ayman Pc Ram

NOM JEUNE FILLE :

HAY MLY ABDELLAH RUE 99 NR 11 AIN

TIERS PAYANT 1 :

CHOK CASA

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE FORFAIT K20	FK20	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00
ACTES DE BIOLOGIE Actes Biologie Remboursables par l'AMO	BAMO	160.00	1.10	176.00					0.00	176.00

TOTAUX : 1176.00 1176.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CENT SOIXANTE SEIZE DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 1176.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 27/10/2023

EDITEE LE : 01/11/2023 PAR: SARA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

BANQUE : BMCE - INARA

N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91