

## 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-814337

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (le)

Matricule :

A1864

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

STI TAU SANAA

Date de naissance :

02.10.11.1990

Adresse :

Tél. 0661173266

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr Ahmed ARJOUN**  
Traumatologue - Orthopédiste  
14, Résidence Zahraa Bd Houaria  
Mohammedia - Tél : 0528 30 83 83

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Fracture de radius droit*

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 Mohammedia

Le : 04.12.2014

Signature de l'adhérent(e) :

*04.12.2014*

#### **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
21.10.2024	CS	0+		INP : AD 1000 9852 Dr Orthopédiste Bd Hourié Tunis 20 83

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Radiologie privé de Mohammed VI Marrakech Tél: 0523 28 91 82 INFE : 06066182	24/02/24	FN 034 S2/24	307,07 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

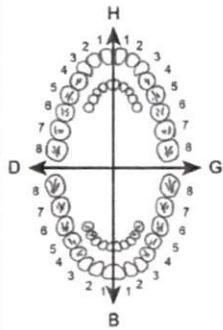
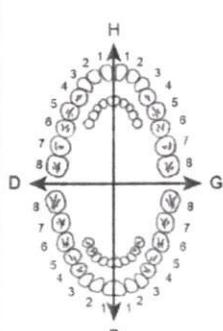
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		



AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammedia  
المصحة الدولية للمحمدية

Mohammedia, le 24/02/2014

En f. Benbrahim Rita

A faire.

- Radiographie Avant  
- Radiographie APR

**Service Radiologie**  
Clinique Internationale de Mohammedia  
Boulevard Mohammed VI  
( à côté Marjane / Station shell ) 1  
Mohammedia - Tel : 0523 28 91 91  
INPE : 060065182

Dr Ahmed ARJOUNI  
Radiologue - Orthopédiste  
Méridienne Zahra Bd Houari  
Mohammedia - Tel : 0523 90 83 83

# CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



060065182

MOHAMMADIA Le : 24-02-2024

## Facture N° 03450/24

### A. Identification

N° Dossier : CIM24B24173549A N° Identifiant : 012396/24

**Nom & Prénom : Enf. BENBRAHIM RITA**

C.I.N :  
Adresse : MOHAMMADIA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 24-02-2024

Date Sortie : 24-02-2024

Traitemet : FRACTURE

Médecin traitant : DR . ARJOUN AHMED

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	AVANT BRAS DROIT FACE+ PROFIL		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TROIS CENTS DIRHAMS						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
<b>300,00</b>						

signature de l'assuré



- IRM Haut champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Coloscopie virtuelle • Anglo-scanner / Anglo IRM
- Dentascanner Radiologie Standard Numérique • Echographie / Echo Doppler • Mammographie Numérique
- Radiologie Interventionnelle • Coroscan sur RDV • Panoramique Dentaire

24/02/2024

PATIENT : BENBRAHIM RITA

Mohammedia le .....

PRESCRIPTEUR: ARJOUN AHMED

## RADIOGRAPHIE DE LA MAIN (FACE ET PROFIL)

### RESULTATS :

- Attelle d'immobilisation en place pour fracture de l'extrémité distale du radius réduite.
- Absence de lésion traumatique cubitale.
- Interlignes articulaires respectées, sans signe de luxation.
- Absence de lésion osseuse focale suspecte.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

