

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **70975**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL GUERGAAI Kamal**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0668779488**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : **23 / 01 / 2024**

Nom et prénom du malade : **EL GUERGAAI Kamal**

Age : **49**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Syndrome**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **ALD**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **7027**

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 : **Attouar**

Le : **07/02/24**

Signature de l'adhérent[e] :

VOLET ADHERENT

### 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
23/01/24	C.S.		443 00,00 DH	AL WIKMA MEDICAL CENTER Av. Mohamed VI (Route Smara) RUE IBN EL JAMI 70800 Tafayoune INPE : 110065026 [2]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. SIDI MOCTAR Radiologue	23/01/24	650,00

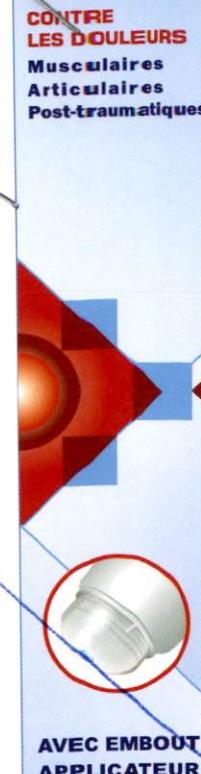
### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Céfficients	Montant des Honoraires
DR. SIDI MOCTAR Radiologue	23/01/24	AL WIKMA MEDICAL CENTER Av. Mohamed VI (Route Smara) RUE IBN EL JAMI 70800 Tafayoune INPE : 110065026 [1]	650,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	

**NOCICEPTOL**



GEL  
ANTI DOULEUR  
AUX huiles essentielles

**PLUS RAPIDE EFFICACE**  
SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ\*

\*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT PUC: 198.00DH

C256  
2025-11

CNK 3259-850



> ADGLETN01 - REV: 2022/09/E

LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 169DH 00  
PER: 07/26  
LOT: M2378



ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ  
6 11800 127 1214  
PPV: 283,00 DH

### MINIMISATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Montants, remont, adjonction) Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

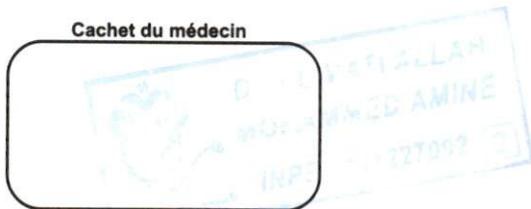
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

## Ordonnance Médicale

Cachet du médecin



A: ..... / Le: 23.11.24

Dr El Guergaci Kamel

sd Henikol + pmt int pax 8+

WL = 15 c reductif

- physiatrie

- RF penicil



## Ordonnance Médicale

Cachet du médecin



A: ..... / Le: 28/11/24.

Mr. El gacrgaa: Kamel

283.00

1/ chondrl f 400  
1pd x 21, (3w)

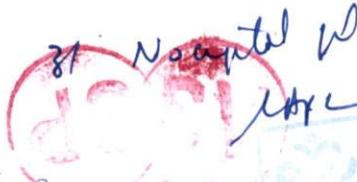


169.00

2/ Dolicox q (14i)  
14i



198.00



650,00



## BON D'EXAMEN RADIOLOGIE

Nom : M<sup>r</sup> El guergaai Kamel

Age :

Prénom :

Sexe :

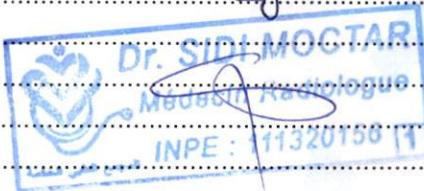
Service :

N° Dossier :

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Rx favor M<sup>r</sup> d'E en charge

Examen demandé :



Signé :



Le : 23/12/14

# MEDICAL CENTER

NOM DU PATIENT : M. EL GUERGAAI KAMAL  
DATE DE NAISSANCE : 29/01/1975  
Numéro de dossier : 24A23123431



Reçu

N°:31432

Paiement du 23/01/2024 12h39

Actes	CONSULTATION TRAUMATOLOGUE
Montant	300,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : DAHANE OUIJDANE Le 23/01/2024 12h39





110065026

## FACTURE N° 202402434

LAAYOUNE Le : 24-01-2024

### Identification

N° Dossier : 24A23140457 N°Identifiant : 015337/24  
Nom & Prénom : M. EL GUERGAAI KAMAL  
C.I.N. : E504120  
Adresse : DAKHLA

Organisme : PAYANT MUPRAS

### Période d'hospitalisation

Date Entrée : 23-01-2024  
Date Sortie : 23-01-2024

### Médecin traitant

DR. EL MATI ALLAH MOHAMMED AMINE

### Traitements

Radiologie

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
GENOU DROIT FACE + PROFIL		1	300,00			300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>						<b>TOTAL GENERAL</b> 300,00





Laayoune , le 23/01/2024

Nom & Prénom

: EL GUERGAAI KAMAL

Prescripteur

: Dr EL MATI ALLAH MOHAMMED AMINE

## RADIOGRAPHIES DU GENOU

### Technique :

- ➡ Incidences : face et profil.
- ➡ Côté : droit

### Résultat :

- ❖ Pincement minime des interlignes articulaires fémoro-tibiales plus marqué au niveau du compartiment interne.
- ❖ Condensation sous chondrale du plateau tibial interne.
- ❖ Absence de fracture ou d'autre lésion post-traumatique aiguë.
- ❖ Epanchement articulaire minime, avec calcification supra rotulienne.



Merci de votre confiance.

Signé : Dr MOCTAR SIDI

