

# 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

- 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 R  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 27



## Déclaration de Maladie

W21-839502

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10975

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAAT CAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066879488

Total des frais engagés : 199562 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : EL GUERGAAT Kamel

Age : 49

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome méningé

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 : CAHOUNE

Le : 07/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
23/01/24	C.S		4300,00 D	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/24	650,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23.10.1984	Rx genoux de l'ap	AL HIKMA MEDICAL CENTER # 300000 Av. Mohamed VI (Route Smara) Rue Ibn El Jami 70000 Laayoune INPE : 11006502

[illegible]

# NOCICEPTOL

**AVEC EMBOUT  
APPLICATEUR**

**DOLICOX** 90 m  
Etoricoxib  
14 Comprimés pelliculés



6 118000 041955

CIP 3400933591731  
LOT C03933  
EXP 02 2026

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO

6 118001271214  
PPV : 283,00 DH

MINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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



3 401020 354451

ADGI ETNI 01 - REV. 2022/09.F

## Ordonnance Médicale

Cachet du médecin



A: ..... / Le: 23/11/24

Mr El Guerqani Karol

rd Henikal + point int pour 87

hr  
=

AS

recette pour

- phy Myri

- RF peristaltic





المجمع الطبي الحكمة  
Al Hikma Medical Center

## Ordonnance Médicale

Cachet du médecin



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

M. El pargani Kamel

1/ chondrlf 400 (300)  
1pl x 2/.



2/ Soliox 9 (14j)  
14j.



3/ Naupitel 10  
10j.



# BON D'EXAMEN RADIOLOGIE

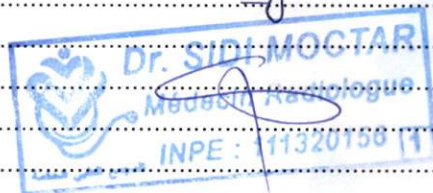


Nom : Mr Elgueggaï Kamel Age : .....  
Prénom : ..... Sexe : .....  
Service : ..... N° Dossier : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Rx fémur 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**

<b>Actes</b>	CONSULTATION TRAUMATOLOGUE
--------------	----------------------------

<b>Montant</b>	300,00 Dh
----------------	-----------

<b>Type de paiement</b>	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

### Traitement

Radiologie

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



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

