

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10142

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAIFFI HIND

Date de naissance :

16-11-1974

Adresse : 27 AVEST LAKBIR Résidence CAMELIA
Carrière N° 18 CASABLANCA Fasrik

Tél. : 0661309923

Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/04/2024

Nom et prénom du malade : 2024 MARIAH - HIND Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

(Cratine, cholestérol)

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 20-04-2024 | 284 | 15 | 600,-00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

attestant le Paiement des Actes

Dr Hatim GARNAT
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
INPE 091275719

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| IBN NAFIS Radiologie | 20/10/2014 | Rachelle G. EXP | 300 dh |

IBNNAFS
Südostasien
Radio für alle

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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 | |
|----------|----------|
| D | G |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

| [Création, remont, adjonction] | Montant des Honoraire |
|--|-----------------------|
| Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

20.04.2024

Mrs MAIFFI Hind

Rx chenille poche

F + D

IBN MASS
Clinique Multidisciplinaire
Casablanca Panoramique, Casablanca

Dr Hatim CANAOUI
Chirurgien orthopédiste
et Traumatologue
INPE 0912/5719

CASABLANCA, le 20/04/2024

PATIENT: MAIFFI HIND

MEDECIN TRAITANT: CLINIQUE ALMADINA

RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE GAUCHE F/P

RESULTATS :

- Plaque visée au niveau du 1/3 distal du péroné.
- Vis au niveau de l'extrémité distale du tibia.
- Absence de trait de fracture nettement décelable.
- Bonne minéralisation osseuse.
- Aspect discrètement dense nodulaire des parties molles en regard de la face antérieure de l'astragale vu sur l'incidence de profil.
- Absence d'autres anomalies des parties molles.



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **12637 / 2024** du **20/04/2024**

| | | | |
|-------------|--------------------|--------|-------------------|
| Nom patient | MAIFFI HIND | Entrée | 20/04/2024 |
| | PAYANT | Sortie | 20/04/2024 |

CONSULTATION SPECIAL

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

| | | | | |
|-----------------------|------|--|---------------|---------------|
| FRAIS CLINIQUE | 1.00 | | 100.00 | 100.00 |
| <i>Sous-Total</i> | | | | 100.00 |

Total Clinique **100.00**

| | | | | |
|---|------|--|---------------|---------------|
| DR. GARNAOUI HATIM (traumatologue) | 1.00 | | 300.00 | 300.00 |
| <i>Sous-Total</i> | | | | 300.00 |

Total Autres prestations **300.00**

| | | |
|--|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS | Total | 400.00 |
| | | |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
 RC 1
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél. : 05 22 77 77-40 à 49 (LG)
 Fax : 05 22 25 00 01



| | |
|---------------------|-------------------------|
| FACTURE N°: | Note d'honoraire |
| DATE FACTURE | 20/04/2024 |
| DATEEXAMEN | 20/04/2024 |

MAIFFI HIND

| Désignation | Montant |
|---------------------|---------------|
| CHEVILLE GAUCHE F/P | 300,00 |
| TOTAL | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de **TROIS CENTS DHS**