

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 Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-851001

202760

☐ 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 ARIST LAKBIR Résidence CAMELIA
Garage N° 18 Casablanca Tarnif
Tél. : 0661309923 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Hatim GARNAOUI
Chirurgien et Traitement
Date de consultation : 2/04/2024 NEE 091215119
Nom et prénom du malade : 2024 MAMM HIND Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : (Fracture de la tibia)
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 sur 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
20/04/24	224	CS	1.000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/04/24	Rachis G-FRP	300 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

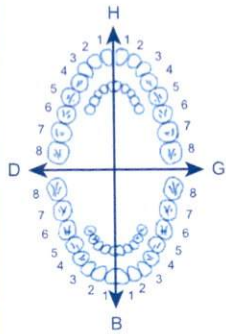
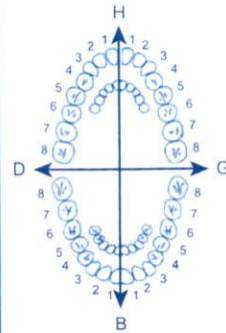
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

20.04.2024

Mme MAIFI HIND

Rx cheville gauche

F + D



Dr Hatim GARNAOUI
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
INPE 0912/5719

Dr GARNAOUI



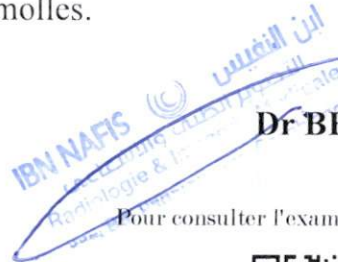
CASABLANCA, le 20/04/2024

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.

**Cordialement**
Dr BELAAROUSSI

Pour consulter l'examen ; scannez code QR



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 12637 / 2024 du 20/04/2024

Nom patient **MAIFFI HIND**
PAYANT

Entrée 20/04/2024

Sortie 20/04/2024

CONSULTATION SPECIAL

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

DR. GARNAOUI HATIM (traumatologue)	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Autres prestations				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

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 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	20/04/2024
DATE EXAMEN	20/04/2024

MAIFFI HIND

Désignation	Montant
CHEVILLE GAUCHE F/P	300,00
<u>TOTAL</u>	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de TROIS CENTS DHS

