

## 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.

N° W19-543651

37224

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>9414</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Guedira AATAA</b>			
Date de naissance : <b>26/12/72</b>			
Adresse : <b>NB</b>			
Tél. : <b>0661149870</b>	Total des frais engagés		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : **CASABLANCA** Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **Alaa**



#### **BELEVE 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
18/06/20	Ca		350,00 Dhs	INP : الدكتور عصمان ناصر Docteur ADNANE NACER Chirurgien orthopédiste - traumatologue TEL : 06 61 71 90 00 INDE : 091036814

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 21A Mervin MACHI 12 rue de Neuilly sur Seine 92200 Paris Tél : 01 55 22 57 04	18.06.2023	368,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/04/20	Bassin (a) Femur Prof.	350,000Dr

#### AUXILIAIRES MEDICALS

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
<hr/>																										
D	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
B																										
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

الدكتور عدنان ناصر  
Ducieur ADNANE NACER  
Chirurgien orthopédiste - traumatologue  
TEL : 06 61 71 90 00  
INPE : 091036814

ORDONNANCE

Casablanca le, 18.06.2020

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

Dr Gueldira Aataad

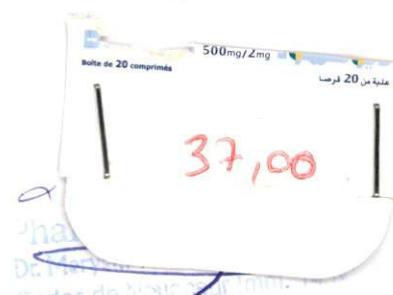
1) Arcodis 90 mg  
133,00 t q10



ot Jours



2) Fredium t q10



3) Dredol 37,00  
190,00 t - t - t



4) Noceptol t - t - t



5) Glocage

20 minutes x 4

Dr. Ghali YOUSSEFI  
Docteur ADNANE NACER  
Chirurgien orthopédiste-traumatologue  
TEL: 06 61 71 90 00  
TÉL: 09 10 36 87 14



Laboratoire Poldis  
8 Rue des Goncourt,  
75011 PARIS, FRANCE  
[www.poldisparis.fr](http://www.poldisparis.fr)



CNK 3359-850

Fournisseur officiel  
des équipes  
médicales de la  
Fédération Française  
d'Escrime

PVC: 198,00 DH



120 ml

**CLINIQUE VILLE VERTE**

ELS AN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

**F A C T U R E**

N° 2972 / 2020 du 18/06/2020

Nom patient	GUEDIRA AATAA	Entrée 18/06/2020	Sortie 18/06/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
BASSIN FACE + FEMUR PROFIL	1,00	Z	350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>350,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. ADNANE NACER (traumato)	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>350,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS	<b>Total général</b>	<b>700,00</b>
---	----------------------	---------------

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	700,00				700,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town Villa Verte  
Bouskoura Casablanca  
Tél: 0522 51 22 22 0667 57 57 57

Casablanca , le 18/06/2020

Patient : **MR GUEDIRA Aataa**

### **RX BASSIN FACE + HANCHE GAUCHE DE PROFIL**

Calcifications des parties molles en regard du grand trochanter de la hanche gauche, évoquant une tendinopathie calcifiante des muscles fessiers.

Petite calcification en regard de l'ischion gauche, pouvant être en rapport avec une tendinopathie des muscles ischio-jambiers.

Absence de calcification en projection des parties molles de la hanche droite.

Absence d'anomalie de densité osseuse.

Sphéricité conservée des têtes fémorales.

Interligne coxo-fémoral et sacro-iliaques respectés.

#### **Conclusion :**

**Calcifications des parties molles en regard du grand trochanter de la hanche gauche, évoquant une tendinopathie calcifiante des muscles fessiers.**

**Petite calcification en regard de l'ischion gauche, pouvant être en rapport avec une tendinopathie des muscles ischio-jambiers.**

Merci de votre confiance. **Dr. TAHIRI Mohamed Amine**

CLINIQUE VILLE VERTE  
Service Radiologie  
Tél. 05 22 51 23 23  
CLINIQUE VILLE VERTE  
Dr. TAHIRI Mohamed Amine  
Tél. 05 22 51 22 35  
e-mail: rrv@cvv.ma