

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

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

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

N° W19-563302

ND: 51444

MUPRAS

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08207

Société :

14 DEC. 2020

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Ahmed Boulaïd

Date de naissance :

06-03-65

Adresse :

Casa Green Town 1000 m 1mm 11 All 503  
Bouguous Casa

Tél. :

0661 9123 78

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADNANE NACER  
Chirurgien orthopédiste - traumatólogue  
TEL : 06 61 71 90 00  
INPE : 091036814

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 concernant ce caractère 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.

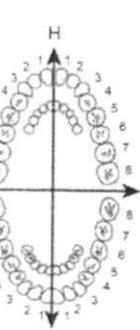
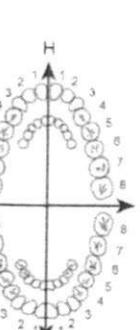
Fait à :

Signature de l'adhérent(e)

ACCUEIL

ACCUEIL

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
11.10.15	\$	400 DH		<p>JNP : 111111111111 ناصر          Docteur ADNANE NACER          Chirurgien orthopédia-traumatolog          TEL : 06 61 71 90 00          BE : 091036814</p>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.												
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>								
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

ORDONNANCE

Casablanca le, Mars 2023

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

Dr Adnane Nacer

M No -Dol Fen 400

م - م - م - سيدلر

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

NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL B30  
LOT : 20E007  
PER : 04/2023  
P.P.V : 30DH00

6 118000061878



ORDONNANCE

Casablanca le,

M. 10. 2016

- Urgences 24h/24
- Médecine
- Chirurgie
- Réanimation
- Radiologie
- Cardiologie Interventionnelle
- Maternité
- Réanimation Néonatale
- Hémodialyse

Nestah. kiba

→ Rx progr. de l'AD

→ Inhibeur Sanguin?

Projet Jeux

دكتور عذان ناصر  
Docteur ADNANE NACER  
Chirurgien orthopédiste-traumatologue  
TEL : 06 61 71 90 00  
INPE : 091036814

ORDONNANCE

Casablanca le, 11.10.2018

- Urgences 24h/24
- Médecine
- Chirurgie
- Réanimation
- Radiologie
- Cardiologie Interventionnelle
- Maternité
- Réanimation Néonatale
- Hémodialyse

Reshalh wahr

orthèse du poignet gauche

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Ville Verte 20180 - Casablanca  
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57  
Tél: 0522 51 23 23

الدكتور عدنان ناصر  
Docteur ADNANE NACER  
Chirurgien orthopédiste - traumatologue  
TEL : 06 61 / 1 90 00  
INPE : 091036814

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MASBAHI LEILA	N° Facture	5 713	180513163533ES-004
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ORTHESE POIGNE-POUCE RIGIDE	1	600,00	600,00
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>600,00</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>600,00</b>

*Clinique Ville Verte*  
Casa Granda Town, Villa Verde  
Boulevard Casablanca  
Tél: 0522 51 22 22 - 0667 57 51 57

Casablanca , le 11/10/2020

Patient : **MME MASBAHI Leila**

**RX POIGNET FACE + PROFIL (de contrôle)**

Absence de solution de continuité des corticales osseuses.

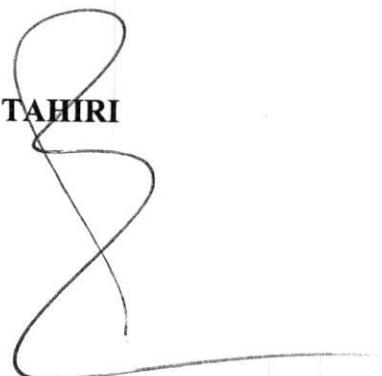
Absence d'anomalie de densité osseuse focale.

Pincement modéré de l'articulation radio-carpienne.

Absence d'anomalie des os du carpe.

Absence d'anomalie des parties molles.

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



# CLINIQUE VILLE VERTE

E L S A N  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° **5 713** / 2020 du **11/10/2020**

Nom patient	<b>MASBAHI LEILA</b>	Entrée <b>11/10/2020</b>	Sortie <b>11/10/2020</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
RX POIGNET FACE	<b>1,00</b>		<b>250,00</b>	<b>250,00</b>
RX POIGNET F/P	<b>1,00</b>		<b>400,00</b>	<b>400,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>650,00</b>
PHARMACIE / ORTHESE POIGNE-POUCE	<b>1,00</b>	PH	<b>600,00</b>	<b>600,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>600,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 250,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. ADNANE NACER (traumatologue)	<b>1,00</b>		<b>400,00</b>	<b>400,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>400,00</b>
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS</b>	<b>Total général</b> <b>1 650,00</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

Encaissements						Total encaissé	Solde
							<b>1 650,00</b>

