

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° W19-477581

58410

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	810	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	Retraité
Nom & Prénom : EZZAFDEL ALLAL			
Date de naissance : 01/01/1935			
Adresse : Hay RAY ANDERLICH Rue 189 N° 14			
Tél. : 06 6 110 7955	Total des frais engagés : 1000 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr HARRAFI Abdellah Professeur de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Assayouti Place des Inséparables 22 Rue Allal Eddine Casablanca 20000 Tél. 05 22 94 39 45 Fax 05 22 94 39 45			
Date de consultation : 05/01/2021	Age : 86		
Nom et prénom du malade : Ezzafdel Allal			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : fracture per trochanter externe			
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

Signature de l'adhérent(e) : EL FAKIR

Le : 01/01/2021

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. S. C. Casablanca</i> <i>LUGIE</i> <i>s.c.</i> <i>Mandibuloceita</i>	125	<i>DRS. S. C. Casablanca</i> <i>Mandibuloceita</i>	<i>650,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRA'S 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		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 PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B																
		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"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

05/05/2008

الدار البيضاء في

Place des Iris Casablanca

Dr HARFAOUI Abdennaceur Professeur

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca

Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 066 150 54 12

Dr HARFAOUI Abdennaceur

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca

Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 066 150 54 12

R^x Bassin Face

R^x Rachis Lombaire

F + P

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 066 150 54 12



FACTURE

Casablanca, le 05/01/2021

Facture N° 7189/2021

NOM PATIENT : EL FADEL AHMED

DATE FACTURE : 05/01/2021

EXAMENS	MONTANT
BASSIN DE FACE Enf OU Adul: RACHIS LOMBAIRE F/P: -----	six cent cinquante (650 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SIX CENT CINQUANTE DHS

REGLEMENT : ESPECES

[Handwritten signature]
RADIOLOGIE
S.C.
Dar Salam
728, Bd Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24

728 شارع موديبوكيتا - الدار البيضاء 20100
05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RADIOLOGIE DAR SALAM

Casablanca, le 05/01/2021

Patient : **EL FADEL AHMED**

Prescripteur: **EQUIPE REANIMATION**

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P

- Déminéralisation osseuse diffuse avec réduction de la hauteur des corps vertébraux d'allure ostéoporotique
- Absence de lésion osseuse focale
- Intégrité des espaces inter somatiques.
- Intégrité du mur postérieur.
- Absence d'anomalie des parties molles

Cordialement.

*RADIOLOGIE
Dar Salam s.c.
728, Bd Modibo Keita
Casablanca*

Urgences 24/24

728 شارع موديبوكيتا - الدار البيضاء 20100
① 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660867000079