

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-477579

58407



<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 Retraite		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AL FAYEEL AL med
Nom & Prénom : EL FAYEEL AL med			
Date de naissance : 01/01/1935			
Adresse : Hay Hay Abdellah Rue 189 N° 14			
Tél. : 06 61 10 79 55 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 : Fracture percutanée chondroïenne. Main gauche			
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 : CADIA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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
06.01.2021			GRATUIT	INP 091 923 046 Anesthésiste-Réanimateur
07.01.2021			GRATUIT	091 923 941
08.01.2021			GRATUIT	INP 091 923 941 Anesthésiste-Réanimateur

## 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
	07/01/2002	100% 100% 100% 100% 100%	369,00 + 110,80 369,00 369,00 369,00 369,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسين

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le : 06.01.2021 الدار البيضاء

Pr. BOUHOURI Med Aziz  
Anesthésiste-Réanimateur

MEL FADEL AHMED

① culot Globe laur

④ PFC homologue



Pr. BOUHOURI Med AZIZ  
Anesthésiste-Réanimateur

**CLINIQUE RACINE**

Multidisciplinaire



**مصحة راسين**  
متعددة الاختصاصات

Dr Houda ARSALANE  
Anesthésiste Réanimateur  
Tél: 0522 94 22 66  
INP: 091202309

الدار البيضاء، المغرب  
Casablanca, le : 08.01.2021

M. EL FADEL AHMED

② cu lot G lo su boisi.



CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسين  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le :

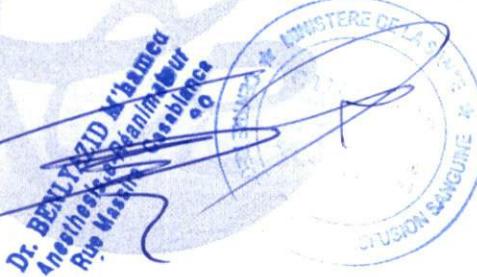
01.01.2001

الدار البيضاء - المغرب  
Dr. BENZYAZID M'hamed  
Anesthésiste - Réanimateur  
Rue Massira Casablanca  
00

MEL FADEL AHMED

③ culot Goblet Laur

⑥ PFC homologue therapeuti



### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 000000623321

Date et heure 06/01/2021 - 21:09  
**Etablissement** CLINIQUE RACINE (05PRI00153)  
 ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani  
 CASA  
 20000

**Malade no** 0674292  
**Nom et prenom** EL FADEL AHMED  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** A Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002450931

#### CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193911209		A +		1	17/02/2021		250

#### PFC homologue thérapeutique (4H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193924958		A +		1	31/12/2021		220
0005	05193534319		A -		1	31/12/2021		220
0005	05193536410		A +		1	02/01/2022		220
0005	0519353401-		A +		1	31/12/2021		220

#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360
4H000 / - PFC homologue thérapeutique	4	880	298/poche	1192

Signature responsable

MOHAMED.B



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623321

Date et heure: 06/01/2021 - 21:09

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193911209	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 05193924958	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 05193534319	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 05193536410	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 0519353401-	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 000000623468

Date et heure 07/01/2021 - 13:25  
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)  
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani  
CASA  
20000

Malade no 0674292  
Nom et prenom EL FADEL AHMED  
Sexe / ne(e) le  
Groupe sanguin A Positif

Service  
Ref. commande 1002450942

#### CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	0519354404-		A +		1	17/02/2021		250

#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360



Signature responsable

MOUNIA.K



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623468

Date et heure: 07/01/2021 - 13:25

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 0519354404-	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 000000623646

Date et heure 07/01/2021 - 18:42  
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)  
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani  
CASA  
20000

Malade no 0674292  
Nom et prenom EL FADEL AHMED  
Sexe / ne(e) le  
Groupe sanguin A Positif

Service  
Ref. commande 1002450944

#### PFC homologue thérapeutique (4H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0006	06208168425		A +		1	09/09/2021		222
0006	0620816730-		A +		1	08/09/2021		220
0006	06206409037		A +		1	12/10/2021		251
0006	06206412084		A +		1	29/09/2021		221
0006	06208166913		A +		1	08/09/2021		308
0006	06206410126		A +		1	15/09/2021		285

#### CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193911495		A +		1	18/02/2021		250
0005	05193815882		A +		1	17/02/2021		250

#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
4H000 / - PFC homologue thérapeutique	6	1507	298/poche	1788
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720



**Signature responsable**

SAID.A

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623646

Date et heure: 07/01/2021 - 18:42

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06208168425	
	PFC homologue thérapeutique	 0620816730-	
	PFC homologue thérapeutique	 06206409037	



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 000000623646

Date et heure 07/01/2021 - 18:42

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06206412084	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06208166913	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	PFC homologue thérapeutique	 06206410126	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193911495	
Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193815882	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000623749

Date et heure 08/01/2021 - 09:46  
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)  
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani  
CASA  
20000

Malade no 0674292  
Nom et prenom EL FADEL AHMED  
Sexe / ne(e) le  
Groupe sanguin A Positif

Service  
Ref. commande 1002450950

#### CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193911698		A +		1	18/02/2021		250

#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

#### Signature responsable

SAID.A



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 000000623749

Date et heure: 08/01/2021 - 09:46

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193911698	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):





### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000623859

Date et heure 08/01/2021 - 14:16  
Etablissement CLINIQUE RACINE (05PRI00153)  
ANG Bd MASSIRA Rue El Jihani  
CASA  
20000

Malade no 0674292  
Nom et prenom EL FADEL AHMED  
Sexe / ne(e) le  
Groupe sanguin A Positif

Service  
Ref. commande 1002418251

#### CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193545245		A +		1	18/02/2021		250

#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

MOHAMED.R



Ministère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
المركز الحبوي لخافق النم  
دار البيضاء  
الدار البيضاء

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000623859

Date et heure: 08/01/2021 - 14:16

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05193545245	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):

