

## 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

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

N° W21-620526

6783

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>6884</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Allal Ben Abdellah</u>			
Date de naissance : <u>02/06/58</u>			
Adresse :			
<u>066 1086153</u> Total des frais engagés : <u>800</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           22-3-2021            KABBAJ BEN CHRIFF Noufissa            Médecine Générale            600 Avenue au Marché du Maârif            Casablanca 252807         </div>	
Date de consultation :	<u>22-3-2021</u>
Nom et prénom du malade :	<u>Allal Ben Abdellah</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Arthrite des doigts</u>
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

W71-620586

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALOGIE A CASABLANCA 0522.94.97.97/98/99 INPE	22/03/81	B. S. 294.07.97/98/99	65000

AUXILIAIRES MEDICALS

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

#### **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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERALE**

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

**الدكتورة القباج ابن الشريفي نفيسة**

**خريجة كلية الطب بالرباط**

**الطب العام**

**خبيرة محلفة لدى المحاكم**

Nom : *BENJELLOUD Taziya* Casablanca, le : *22-3-2021*

*Noufissa*

*Rue des 2 mous*

*[Signature]*  
Dr.KABBAJ BEN CHrif Noufissa  
Médecine Générale  
66, Rue d'Annam  
Place au Marché du Maârif  
Casablanca - 25 28 07

**CENTRE RADIOLOGIE ANFA**  
5, rue Ali Abderrazak  
**CASABLANCA**  
Tél.: 0522.94.97.97 / 98 / 99



Casablanca, le 22/03/2021

Facture N° 1742/2021

Nom patient : **BENJELLOOUN TOUIMI ANISSA**

Examen(s) réalisé(s) :

**RX MAIN D (2 INCIDENCES)**  
**RX MAIN G (2 INCIDENCES)**

Montant : **six cents (600 DH)**

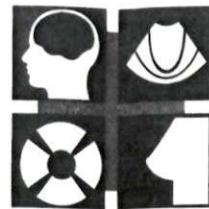
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**SIX CENTS DH**

**REGLEMENT : CARTE**



## **Docteur Jawad EL AOUD**

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier  
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale  
D.E.S de Radiologie  
Membre de la Société Française de Radiologie  
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة  
**CENTRE RADIOLOGIE ANFA**

Casablanca, le 22/03/2021

Patient : **BENJELLOUN TOUIMI ANISSA**  
Prescripteur: **DR KABBAJ BENCHERIF NOUFISSA**

## **RADIOGRAPHIE DES MAINS FACE ET OBLIQUE**

*Mon cher confrère,  
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

*Examen réalisé grâce à un CAPTEUR PLAN NUMERIQUE permettant une réduction des doses RX et une meilleure résolution d'image.*

### **Indication:**

Douleurs.

### **Résultats :**

Pas d'anomalie focalisée de la structure osseuse.

Aspect normal des interlignes articulaires radio-carpériennes, intra-carpériennes, métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes.

Pas d'anomalie des parties molles.

### **Conclusion:**

**Radiographie normale.**

*Merci de votre confiance*

**Docteur Jawad EL AOUD**

**CENTRE RADIOLOGIE ANFA**  
5, rue Ali Abderrazak  
CASABLANCA  
Tél.: 0522.94.97.97 / 98 / 99