

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

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.

AS : 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° M21- 071176

86069

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DADOUN HANAA

Date de naissance : 27-01-72

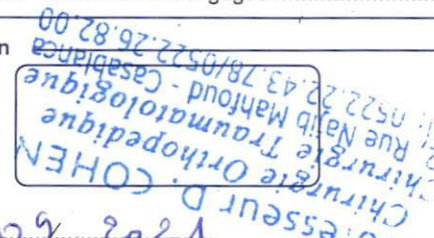
Adresse : 7, rue Stéphane Mallarmé. Casa

Tél. : 0661266619

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2021

Nom et prénom du malade : DADOUN HANAA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur cheville droite

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 : CASA

Le : 14/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : H. Dadoun



# RELEVÉ 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
14.09.21	VC		300.00 59.00	

# 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
	14.09.21	Ra Dentelle	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**GHANDI Clinic**

*Caring for your life*

Casablanca, le : 14/09/2021

## ORDONNANCE

Mme DADOUAL HANAA.

Rx de cheville droite F/p.

*[Signature]*  
Professeur D. COHEN  
Chirurgie Orthopédique  
2, Rue Nadjib Mahjoub - Casablanca  
tel: 0522 22 43 78 / 0522 26 82 00

CLINIQUE GHANDI

Casablanca Le : 14 09 2021

## NOTE D'HONORAIRE

Le docteur ..... 

Prie M. .... Daddoun Hanas

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présent suivant l'usage sa note d'honoraire pour.....

S'élevant à la somme de..... 

Signature :

Professeur D. COHEN  
Chirurgie Orthopédique  
Chirurgie Traumatologique  
22, Rue Nayib Mahfoud - Casablanca  
Tél: 0522.22.43.78/0522.26.82.00



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 5839 / 2021 du 14/09/2021

Nom patient **DADOUN HANAA**  
**PAYANTS**

Entrée 14/09/2021

Sortie 14/09/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-RX CHEVILLE FP	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION	1,00		50,00	50,00
			<i>Sous-Total</i>	350,00
<b>Total Clinique</b>				<b>350,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>350,00</b>

CLINIQUE GHANDI  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
54, Boulevard Ghandi - Casa  
Tél.: 05 22 94 07 75 / 76





**GHANDI Clinic**  
*Curing for your life*

Casablanca , le 14/09/2021

PATIENT : **DADOUNE HANAA**

MEDECIN PRESCRIPTEUR : **PR.D.COHEN**

EXAMEN: **RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE FP**

- Présence d'une enthésopathie du tendon calcanéen.
- Absence d'autre anomalie de densité osseuse.
- Interlignes articulaires respectées.



Merci de votre confiance

**Dr. Kerrouf**

**CLINIQUE GHANDI**  
**CENTRE DE RADIOLOGIE**  
54, Boulevard Ghandi / Casa  
Tél.: 05 22 94 07 75 / 76

