

## 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.

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° W21-706758

112868

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3336

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAMMOUCHI JOHANNES

Date de naissance :

20/01/1960

Adresse :

275 APP 1 lotissement NASSIR

Tél. :

066771418

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

31/03/2022

Nom et prénom du malade :

EL HAMMOUCHI JOHANNES

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tramadol

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 : 20/04/2022

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-706758

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

3336

Nom de l'adhérent(e) :

JOHANNES

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>LOPE DE VEGA</b> <b>PHARMACIE</b> 0536.38.10.01 ONDA - NADOR	31.03.2022	297.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/03/77		400,000 N

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 canalaires, 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		
	B H [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Nador, Le ..... 31/03/22

Nom et prénom : El Hafni Sami A. Plurimed

AMM N°: 528/7DMP/21/NRQ/R1  
 N° Lot: 1TJ550  
 Fab: 02/2021 P.P.V. 51,40 MAD (Dhs)  
 Per: 02/2024

11 51,40 Divido 7

1 - cp x 21

1 21 30,00 Tracet

1 - cp x 25

30 pp

31 180,00

Razm 40

20 ;

41

TOPE DE VEGA  
PHARMACEUTIQUE  
ONDARDOOR

297,40

Feldene

SV

LOT : 618  
PER : 06/24  
PPV : 180,00 DH

**FELDENE® Gel**  
PIROXICAM 0,5 %  
LOT PER PPV  
25 g

CLINIQUE ASSALAM  
Multi-disciplinaire  
Quartier Al Matar - NADOR  
Tél : +212 5 36 60 03 93 / +212 5 36 00 31 Fax : +212 5 36 38 00 62 E-mail: Cliniqueassalam2019@gmail.com





Compte Rendu  
Rx de l'épaule Gauche  
Face 3

Résultats:

- Pas de fractures
- Pas de calcifications dans l'espace sous acromial.
- Pas de lésions tendineuses
- Pas de lésions cartilagineuses.

Conclusion: Rx face de l'épaule gauche Normale.

Dr. EL HADJ MOHAMED  
Médecin Radiologue et Imager  
en Anesthésie et Réanimation  
CLINIQUE ASSALAM - NADOR  
INPE: 13119824

CLINIQUE ASSALAM  
Multi-disciplinaire  
Quartier Al Matar - NADOR  
+212 536 38 00 31 / Fax +212 536 38 00 62  
INPE 020063068



# CLINIQUE ASSALAM

Quartier Almatar (près de la cour d'appel) NADOR  
+212 5 36 60 03 93/+212 5 36 38 00 31

080063068



## F A C T U R E

N° 827 C/ 2022 du 31/03/2022

Nom patient	EL HAMDOUCHI MOHAMMED	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANTS	19/03/2022	31/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
RADIOLOGIE	1,00		400,00	400,00
		Sous-Total		700,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>700,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS	<b>Total général</b>	<b>700,00</b>
---	----------------------	---------------

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	700,00				700,00	0,00





Compte rendu  
Rx du pied gauche:

Résultats:

- Pas de calcifications
- Pas de fractures
- Pas de luxation plantaire ou dorsale.

Conclusion: Rx du pied gauche Normale.

Demande de radiographie  
 en urgence pour une entorse  
 CLINIQUE ASSALAM - NADOR  
 INPE: 131198244

~~CLINIQUE ASSALAM~~  
 Multi-disciplinaire  
 quartier Al Matar - NADOR  
 Tel +212 536 38 00 31 / Fax +212 536 38 00 62  
 INPE 099963060

