

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 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

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° W19-489213

148809

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0185 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FAIK Mohamed

Date de naissance : 1933

Adresse : Doula, Groupe U, Rue M, N° M.13 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/05/2022

Nom et prénom du malade : FAIK Mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Coxalgie fémorale, Névralgie du trijumeau

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 Le : 14/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14/05/2022		G	G	INP : [] [] [] [] [] [] [Stamp: DR. FAIK ESSABDI, Généraliste, 57-1928] [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		TDM du Bassin	200,00 DA

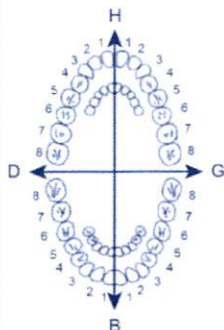
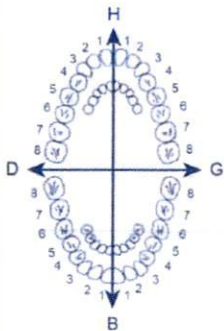
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI

Omnipraticienne

Diplômée en *echographie*

Diplômée en *Gynecologie*

Suivi de grossesse et Infertilité
de l'université de Bordeaux



الدكتورة أسماء فائق السعودي

طبيبة (رجال - نساء - أطفال)

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

شهادة طب النساء متابعة الحمل

صعوبات الإنجاب و العقم

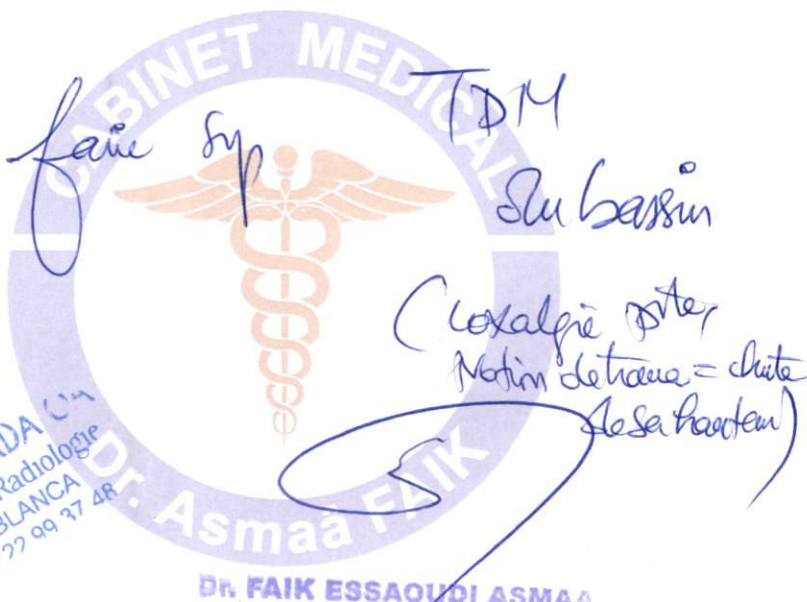
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le

14/05/2022

FAIK MOHAMED



Clinique JERRADA CH
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tel : 05 22 89 37 48

Dr. FAIK ESSAOUDI ASMAA
Omnipraticienne
Lot Alyousr GH 1 B Imm 07 RDC
farah salam
Tél : 05 22 89 41 42

إقامة اليسر GH 1B، عمارة 07 شقة رقم 1 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفة-البيضاء-الهاتف : 05 22 89 41 42

Lot. AL YOUSUR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

15/05/2022

PATIENT : **FAIK MOHAMMED**

PRESCRIPTEUR:

TDM BASSIN

TECHNIQUE:

Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC iodé avec reconstructions en coupes de 5mm.

RESULTAT :

- Bassin très déminéralisé +++
- Fracture per trochantérienne droite.
- Coxarthrose bilatérale.
- Absence de luxation des hanches.
- Absence de disjonction de la symphyse pubienne ou des articulations sacro iliaques.
- Absence d'anomalie endopelvienne.

Merci de votre confiance.

Pr SALAM

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 99 37 48



AKDITAL

CLINIQUE JERRADA OASIS

Clinique Jerrada Oasis

مصحة جادة الواسس



090061078

CASABLANCA Le : 15-05-2022

Facture N° 08643/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22E15101123

N° Identifiant : 061361/22

Nom & Prénom : M. FAIK MOHAMMED

C.I.N :

Adresse : OULFA GROUPE U RUE 11 CASABLANCA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-05-2022

Date Sortie : 15-05-2022

Médecin traitant : DR. AKDIM FATIMA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	TDM BASSIN		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00
PARTIE CLINIQUE :						2 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						2 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA C.A
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 23 81 82
Fax : 05 22 23 81 82