

## 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° W21-658360

14/11/67

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12837 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DGHAF Hicham

Date de naissance : 10/02/1987

Adresse : Dyan Essalam, Résidence DARS, im 36, n°12, Ain Sebba Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 967,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr JALIL NAZIM  
Orthopédie-Traumatologie  
Résidence Chabab, Imm C4 Bu  
Mohamed Baamrani, Ain Sebba  
Tél : 06 66 64 83 20

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DGHAF Hicham Age : 35

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

Nature de la maladie : Fracture machement du trochantier

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

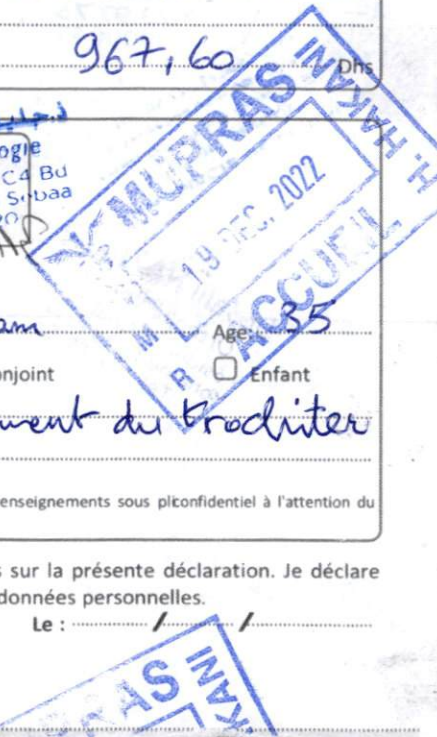
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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
31/10/22	CS		\$250,00	Dr Jalil NAZIH Orthopédie-Traumatologie Résidence Chagab, Imm C4 E Morani, Ain Seb

Dr Jalil NAZIH  
Orthopédie Traumatologie  
Résidence Chapab, Imm C4 Bu  
Mohamed Boudrari, Ain Sbaa  
Tél 06 66 64 83 20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>El Baamrani N° 132</p> <p>ISSI Casablanca</p> <p>5 773 977 5</p> <p>0000041</p>	31/10/22	350,00 dhs
	31/10/22	117,60

ou du Fournisseur

**KISSAMED**  
Av. Mohamed El Baamrani N° 132  
Sidi El Youssef Casablanca  
Tél : 05 27 73 97 75  
IC 44 0000041

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr Jalil NAZIH</b> Orthopéde-Traumatologue Résidence Chabab Baamran Aïn Souban 06 66 64 83 20	31/10/22	1a	7250,00

Dr. Jalil NAZIH  
Orthopédie - Traumatologie  
Résidence Chabab Baamran  
Saghamed 06 66 64 83 20  
Alm-Seba


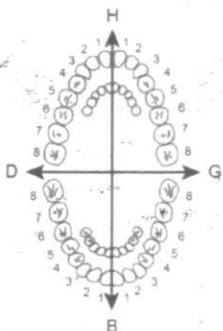
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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"/>														
				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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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'ODF.

INP: | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Spécialiste en  
Traumatologie-Orthopédie**

Laureat de la Faculté de Médecine  
de l'Université Cheikh Anta Diop  
Diplômé en Chirurgie  
Traumatologie-Orthopédie de l'UCAD  
Ancien Chirurgien  
de l'Hôpital Ibn Rochd

**DR. Nazih Jalil**  
**الدكتور نزيه جليل**

**اختصاصي في طب  
وجراحة العظام و المفاصل**

خريج كلية الطب  
من جامعة الشيخ انطا ديوب  
أخصائي في جراحة العظام و المفاصل من  
UCAD  
طبيب جراح سابق  
بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Casablanca, le 31/10/22 في الدار البيضاء

Dghay Hicbo

49,70

② Voltajant



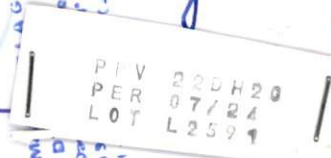
6 118001 031016  
**VOLTFAST® 50 mg**

Poudre pour  
solution orale

PPV : 49.70 Dhs

22.20  
② Codoliprane

1.5.34



45,70

③ Coltra

1.5.34



45,70

**KISSAMEL**  
Av. Mohamed El Baamrani N° 132  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 73 97 75  
ICE : 000243120000041

④ Maillot Chirurgie

Dr. Jalil NAZIH  
Orthopédie-Traumatologie

Residence Chabab, Imm C4, Bd Mohamed El Baamrani  
Station Tramway Bd Abou Dar Ghifari - Sidi Bernoussi.  
Prés de la Clinique Firdaouss - Casablanca.

05-22-73-44-55  
06-86-64-83-20  
Jalilnazih@gmail.com

**Spécialiste en  
Traumatologie-Orthopédie**

Laureat de la Faculté de Médecine  
de l'Université Cheikh Anta Diop  
Diplômé en Chirurgie  
Traumatologie-Orthopédie de l'UCAD  
Ancien Chirurgien  
de l'Hôpital Ibn Rochd

**DR. Nazih jalil**  
**الدكتور نزيه جليل**

**اختصاصي في طب  
وجراحة العظام و المفاصل**

خريج كلية الطب  
من جامعة الشيخ انطا ديوب  
أخصائي في جراحة العظام و المفاصل من  
UCAD  
طبيب جراح سابق  
بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Casablanca, le 31/10/22 في الدار البيضاء

Compte rendu radiographie standard

Mr Dghay Hicham

- *Fracture arrachement du trochiter*
- *Pas de signe de luxation*
- *Ailleurs rien à signaler*

Signature  
**Dr Jalil NAZIH**  
ذ. جليل نزيه  
Orthopédie-Traumatologie  
Résidence Chabab, Imm C4 Bd  
Mohamed Baamrani, Ain Sebba  
Tél 06 66 64 83 20





# KISSAMED

VENTE DE CONSOMMABLE ET MATERIEL MEDICAL

MR DGHAY HICHAM

## Facture

NUMERO	DATE	MODE DE REGELEMENT
FA220323	31/10/22	Espèces

Banque : BMCE

RIP : 011 793 0000232100001835039

Désignation	Qté	Px unitaire	Montant TTC
IMMOBILISATEUR BRAS- ÉPAULE CASE T2	1,00	350,00	350,00

**KISSAMED**  
Av. Mohamed El Baamrani N° 132  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél / Fax: 05 22 73 97 75  
ICE : 000243120000041

Code	Base	Taux	Montant
F20	291,67	20,00%	58,33

Total HT	Total TVA	NET A PAYER
291,67	58,33	350,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dhs

\*Toute transaction inférieure à 500 dhs TTC doit être réglée en espèces.

\*Merci de bien vouloir libeller tous vos chèques avec la mention " non endossable" barrée