

## 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° W21-788428

1581428

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	227	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
DAKKA AICHA			
Date de naissance :			
05-01-1950			
Adresse :			
35 Kif Buz 3 lot G Casablanca			
Tél. : 05 29114465 Total des frais engagés			
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 31-03-23			
Nom et prénom du malade : AICHA DAKKA Age: 73			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : bradie Boum			
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  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/03/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

NC

0/3W

B.P.DH

460 M

Reçu de M. ME/ DAKKA ATCHA

la somme

de

pour

d ✓ of ✓

pour .....

~~MIFTAHA'SSIS~~ STANDEd V  
SARL. (AU) 20 23  
OP Cite Essalaib GH 5 Imm 31 Oulfa  
Casablanca 361 06 123 361  
Signature 361 84 54 06 123 361  
Gsm: 0666 361 84 54 06 123 361



230331223213C.

DAKKA AICHA

Admission du : vendredi 31 mars 2023

### Ordonnance

(31/03/2023,31/03/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
31/03/2023	Radiographie du bassin sous une incidence	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Radiographie de la hanche sous une incidence	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémpe	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémpe	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Radiographie de la main sous une incidence	1	DR ADIL MOUH

Dr. ADIL MOUH  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Chef du service Radiologie  
Professeur Hassan MIGENI OLGUE



090063728

Nom du patient: DAKKA AICHA  
Type d'examen: Radiographie de la main  
Médecin traitant:

Date: 31/03/2023

:

## **Rx HANCHE GAUCHE**

**Renseignements cliniques** : Traumatisme

**Résultats** :

- Fracture basi capitale fémorale gauche avec rupture de la corticale et déplacement minime.
- Respect de la congruence articulaire
- Respect de l'interligne coxo-fémorale .

Confraternellement,

Dr LAFHEL S.

Nom du patient: DAKKA AICHA  
Type d'examen: Radiographie de la hanche  
Médecin traitant:

Date: 31/03/2023

:

## **Rx MAIN G FACE ET PROFIL**

- Pas de trait de fracture nettement décelable.
- Absence de lésion osseuse focale condensante ou lytique suspecte
- Interligne articulaire respectée.
- Surfaces articulaires régulières.
- Absence de calcifications des parties molles.

Confraternellement,

Dr LAFHEL S.

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## FACTURE

2300238788

N° : 12849 / 2023 du 31/03/2023

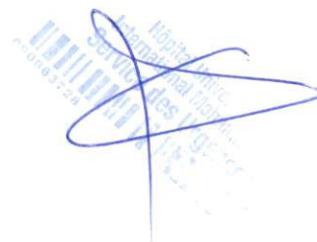
Nom patient	DAKKA AICHA	Entrée	31/03/2023
	PAYANTS	Sortie	31/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation initiale d'urgentiste	1.00	K	300.00	300.00
Radiographie du bassin sous une incidenc	1.00		180.00	180.00
Radiographie de la hanche sous une incid	1.00		180.00	180.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>940.00</i>
PHARMACIE (en sus)	1.00		75.91	75.91
			<i>Sous-Total</i>	<i>75.91</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 015.91</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE QUINZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-ONZE CENTIMES

**Total** 1 015.91



AICHA DAKKA  
38, Rue 3 Lot Guynomer  
CASTEL-ANFA  
06 7911 4465  
Aicha@Medhous.com

MAIPRAS

Objet: déclaration d'une chute et fracture du col du fémur

Madame, Monsieur,

Je vous dirais informer ma mutuelle de ma chute dans mon domicile qui a entraîné un traumatisme important et la fracture du col du fémur le 31-MARS-2023. Je suis actuellement en traitement pour cette opération qui consiste en une prothèse partielle et le processus de guérison peut prendre un certain temps.

Je voudrais demander à ma mutuelle de m'assister dans ce processus dans la mesure du possible. Une prise en charge a été demandée le 06- AVRIL-2023 avec un dossier complet de la clinique.

Je vous remercie de votre attention à cette question et je suis impatiente de recevoir une réponse.

cordialement,

Aicha DAKKA

