

# 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

- 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.

M23-U021571

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2987

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Petraile

Nom & Prénom : KHOURATI SSI MOSTAFA

Date de naissance : 5 lot ALMAGHRIB ALTAJADID - Lissabga - Casab

Adresse :

Tél. : 0661 081125 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

### Professeur A. LAMINE

Chirurgie Orthopédique

Traumatologie

Av. Al Attid Al Allam Athakhlia Im. A2  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
tél. : 95 22 37 19 17

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2023

Nom et prénom du malade : Soukri Souad Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture du Aboïde

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : \_\_\_\_\_

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

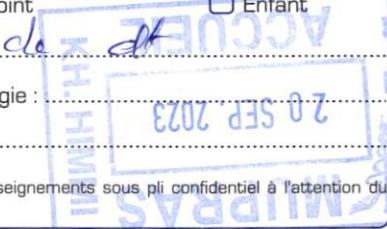
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



20 SEP 2023

## RELEVE 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
10/08/23	G3		300,00	 <b>Dr. A. Lamine</b> Chirurgie Orthopédique Clinique Almakhia, 100, Avenue Blanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/08/23	R <sub>2</sub>	200

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b>			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>



Le 10/8/23

Nom & prénom : *Soukri Souad*

Signes cliniques : *Torsio du pied dt.*

Examen radiologique réalisé :

- *Cliché du pied dt de face et de profil.*

Compte rendu

- *Articulations respectées.*
- *Fracture parcellaire du cuboïde.*
- *Minéralisation normale.*

Professeur A. LAMINE  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie  
Av. Al Akid Al Allam Annakbia Im. A.  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 36 36



Le 10/8/23

Nom & prénom : *Soukri Souad*

Signes cliniques : *Torsio du pied dt.*

Examen radiologique réalisé :

- *Cliché du pied dt de face et de profil.*

Professeur A. L.P.  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie  
Av. Al Akid Al Allam Al Mawakin  
Moulay Idriss 2 Casablanca  
Tél. : 05 22 86 36 36



FACTURE N° : 444/23

Nom & Prénom : Soukri souad

Libellé	Coef.	Montant (dh)
Pr lamine	C3	300
Radio du pied dte de face	Z	200
		500

Cinq -Cents dirhams

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jajjal & Abou Marouane Abdelmalek  
CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique\_alamine@hotmail.fr  
C.N.S.S. : 6237508 - PATENTE : 036361410 - R.C. : 93759 - C.N : 78000210009016 - I.F : 1087028 - ICE : 001533163000028