

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

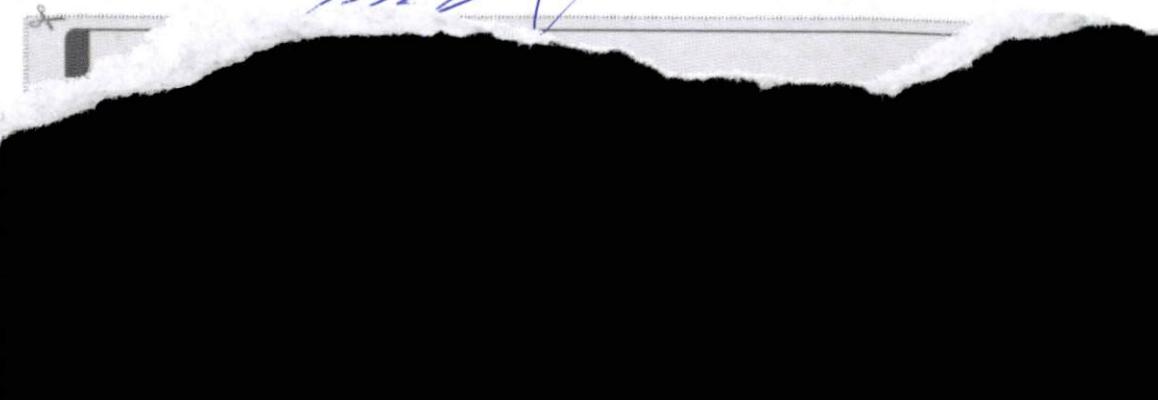


## Déclaration de Maladie

N° W21-827911

183719

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>31125</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL MASSOUME AHMADOU</b>			
Date de naissance : <b>23 - 9 - 1972</b>			
Adresse : <b>AGENCE RAM Louayune</b>			
Tél. : <b>0651 044809</b>	Total des frais engagés : <b>700,00</b> Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
 <b>Dr. EL MAATI ALLAH MOHAMMED AMINE Chirurgie Générale INPE : 131227092</b>			
Cachet du médecin :			
 <b>EL MASSOUME Fatiha 9ans</b>			
Date de consultation : <b>18-10-2023</b>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : <b>Tramatisme Bras droit</b>			
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 : <b>Locayone</b>			
Signature de l'adhérent(e) : <b>[Signature]</b>			
Le : <b>10 / 11 / 2023</b>			



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes      Natures des Actes      Nombre et Coefficient      Montant détaillé des Honoraires

18/10/23 Voir facture

# 100,00 #

Cachet et signature du Pharmacien attestant le Remboursement de la Mutuelle  
INPE : 131227017  
Dr. EL MAATI ALLAH CENTER  
Chirurgie Générale  
Liayoune

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

INPE : 131227017

Dr. EL MAATI ALLAH  
MOHAMMED AMINE  
Chirurgie Générale

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Avant Bras # 300,00 #

INPE : 111320156

16/10/23

Dr. El Maatil Allah

300,00 #

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM IV

Montant détaillé des Honoraires

### VOLET ADHERENT

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

### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

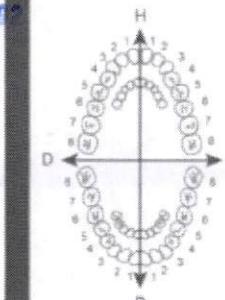
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

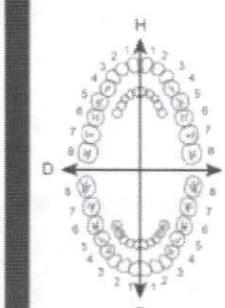
FIN D'EXECUTION



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21432552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	32533411	11433553



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



110065026

FACTURE N° 202320205

LAAYOUNE Le : 18-10-2023

Identification

N° Dossier : 23J18193351

N°Identifiant : 010444/23

Nom & Prénom : Enf. EL MASSOUMI FATIMA

C.I.N. :

Adresse : LAAYOUNE

Organisme : PAYANT MUPRAS

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 18-10-2023

Date Sortie : 18-10-2023

Médecin traitant

DR. EL MATI ALLAH MOHAMMED AMINE

Traitemen

URGENCE

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>Forfait</b>						
CONSULTATIONS EN URGENCE (M)		1	400,00			400,00
			<b>Sous Total</b>			400,00
<b>RADIOLOGIE</b>						
AVANT BRAS DROIT FACE+ PROFIL		1	300,00			300,00
			<b>Sous Total</b>			300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>SEPT CENTS DIRHAMS</b>				<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>700,00</b>



Laayoune, le 18/10/2023

Nom & Prénom : EL MASSOUMI FATIMA

Prescripteur : Dr HAMMOUTAHRA ABDELKHALEQ

## RADIOGRAPHIES DE L'AVANT BRAS

### Technique :

- ✚ Incidences : face et profil
- ✚ Côté : [droite].

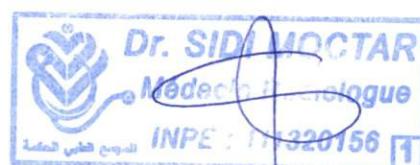
### Résultat :

- ❖ Bon alignement des structures osseuses et respect des rapports anatomiques.
- ❖ Absence de fracture ou d'autre lésion post-traumatique aiguë.
- ❖ Minéralisation sans particularité.
- ❖ Parties molles sans particularité.



Merci de votre confiance.

Signé : SIDI Moctar



# BON D'EXAMEN RADIOLOGIE



Nom : Faytima

Age : 9ans

Prénom : EL Hassnaoui

Sexe : F

Service :

N° Dossier :

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Traumatisme

Examen demandé :

Rx Avant Bras drt F  
P



Le : 18/10/2023



**Dr. EL MAATI ALLAH  
MOHAMMED AMINE**  
Chirurgie Générale  
INPE : 131227092