

# 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 d'à caractère personnel.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Aut.**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **8735**

Société : **RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **SLAOUI Amin**

**189115**

Date de naissance : **9-7-1967**

Adresse : **131 rue Israele cil**

Tél. : **0661 22 21 94**

Total des frais engagés : **3776,44** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1/1/2013**

Nom et prénom du malade : **AL HAFIANE HASNA** Age : **46**

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : **Rech**

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC** Pathologie : **Rech**

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 : **2/12/2013**

Signature de l'adhérent(e) : **A**



**ACCUEIL**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Contenu	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/03/2011	11/03/2011	11/03/2011	11/03/2011	11/03/2011

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

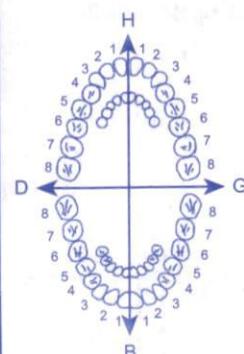
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

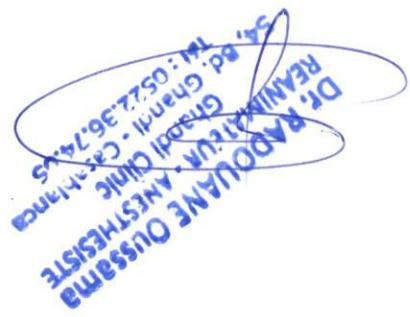
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

compte rendu d'hospitalisation

Mme EL Hafidene Hassenâ âgée de 46ans se plaint de particules  
où été admise aux si intusifs le 02/12/2023 pour  
réaction allergique à type d'oeuvre de Quidzine avec  
rash cutané sur bronchopneumonie avec dyspnée et  
Hypoxémie. suite à la prise d'Azithromycine  
=> hospitalisation si avec surveillance pdt 24H  
=> Rixe en condition : 2MP - O<sub>2</sub> - Rudge  
=> corticothérapie à forte dose . Schedul régul  
=> Antihist - ges  
=> perte - gestige . IPP  
=> Remplissage vasculaire  
=> Nébulisation d'adénaline  
=> Surveillance

Aélectro- clipe , suite après une jnée  
aux sin intensifs avec absenté. pris contact avec  
RDV à consultation d'allergologie.



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N°: 11106 / 2023 du 02/12/2023

Nom patient **AL HAFIANE HASNAA**  
**PAYANTS**

Entrée 02/12/2023  
Sortie 02/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SOINS INTENSIF	1,00		1 500,00	1 500,00
AIDE MEDICALE INFIRMIERE	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 900,00</b>
PHARMACIE	1,00		376,54	376,54
			<i>Sous-Total</i>	<b>376,54</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>2 276,54</b>

DR. REDOUANE / ELOMA (anesthesiste-rea)	1,00		500,00	500,00
DR. REDOUANE / ELOMA (anesthesiste-rea)	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 500,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE SEPT CENT SOIXANTE-SEIZE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES	<b>Total</b>	<b>3 776,54</b>

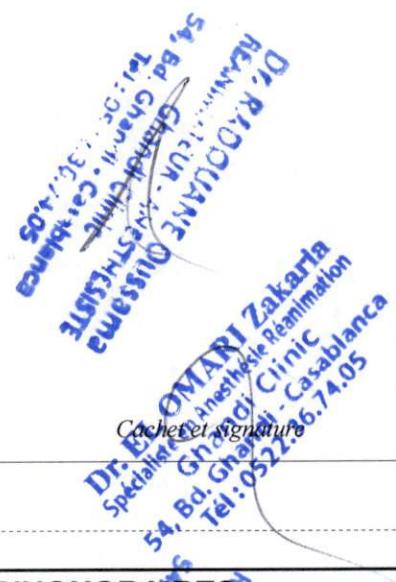
CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

ANNEXE PHARMAÇIE

Nom patient AL HAFIANE HASNAA		N° Facture :	11 106	5229FA-001
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
ADRENALINE 1MG INJECTA (100)	1	3,06	3,06	
ATROVENT ADULTE 0,5mg Solutio (10)	3	6,88	20,64	
ESOPRA 40MG INJECTA (01)	1	27,40	27,40	
METHYLPREDNISOLONE 40mg Injecta (20)	5	14,00	70,00	
SERUM GLUCOSE 5% 500ml Injecta (01)	2	18,90	37,80	
SERUM SALE 0.9% 500ml Injecta (01)	3	20,00	60,00	
TARAXET 25MG COMP Comprim (30)	2	0,82	1,64	
Sous-Total médicaments			220,54	
INTRANULE G 20 ROSE (01)	2	10,00	20,00	
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	1	40,00	40,00	
MASQUE NEBULISEUR ADU (01)	1	50,00	50,00	
PERFUSSEUR FILTRE (01)	1	10,00	10,00	
SERINGUE 10 CC BT 100 (01)	2	5,00	10,00	
SERINGUE 20 CC BT 50 (01)	1	6,00	6,00	
SERINGUE 5 CC BT 100 (01)	4	5,00	20,00	
Sous-Total consommable médical			156,00	
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	376,54	

CLINIQUE CHNDI  
54, Bd Général Catroux  
36690 Le Cateil

**CLINIQUE GHANDI****NOTE D'HONORAIRES****Le : 02/12/2023****Références****11 106 / PAYANT****Entrée / Sortie : 02/12/2023 - 02/12/2023****Le Dr. REDOUANE / ELOMARI****présente à Mme AL HAFIANE HASNAA****sa note d'honorai re s'élevant à la somme de  
500,00 Dhs CINQ CENTS DIRHAMS****et le - la prie d'agr éer l'expression de ses sentiments distingués****CLINIQUE GHANDI****NOTE D'HONORAIRES****Le : 02/12/2023****Références****11 106 / PAYANT****Entrée / Sortie : 02/12/2023 - 02/12/2023****Le Dr. REDOUANE / ELOMARI****présente à Mme AL HAFIANE HASNAA****sa note d'honorai re s'élevant à la somme de  
1 000,00 Dhs MILLE DIRHAMS****et le - la prie d'agr éer l'expression de ses sentiments distingués**