

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.



193104

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041556

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1155 Société : RETRAITE RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHRI LAHCEW

Date de naissance : 30/06/1956

Adresse : 52 RUE NOUAKCHOUT BERDIA Casablanca

Tél. : 0674 011573 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2024

Nom et prénom du malade : Bouhassou Khadija Age 27/04/1996

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

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 25/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
25/01/2024	voir		1300	
	plus confidentiel			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



25/1/24

64,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

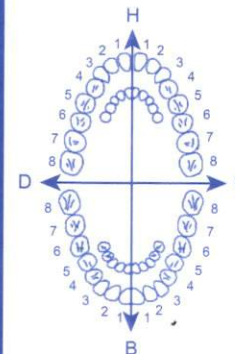
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

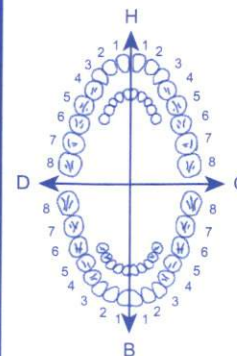
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[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



صحة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

Casablanca, le

25/07/2024

LOT: 5988  
PER: 07/26  
PPV: 42DH00

M. ROUHASSOU Khadja

42.00

07/26 2024  
18/7

PPV: 22DH20  
PER: 07/25  
LOT: M2567

Codoly  
Lpx 3

22.90

T = 64.20

Dr. AHED Karim  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
18, Bd Abdelmoumen (Immeuble "Chalk Center")  
Casablanca - Tél.: 0522 98 95 90





معيّة عين الشق

CLINIQUE AIN CHOCK

Bou Hassou Khayr

٧٤ ١١٥٥

Casablanca, le 25/07/2024

PLI CONFIDENTIEL

CLINIQUE :

x fracture, débris osseux  
dist. négligée > 3 semaines  
sur desparition glycémie

TRAITEMENT :

x manchette HBAC > 10%  
x après exposition à la patiente.

DURÉE :

debut de l'union à ptu  
ptu pour suite le processus  
de consolidation qui est déjà  
en cours ARC au col d'os  
du fémur proximal.

Signature de Médecin

un chirurgien seules en usage  
si avec persiste ou d'os à l'os  
Dr. AHMED Karim  
Specialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
18, Bd Abdelmoumen, Imm "Ghali Center"  
Casablanca - Tél: 0522 98 98 90



صحة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

7/1155

CASABLANCA LE25/01/2024

NOTE D'HONORAIRE

**Le Docteur : AHED**

**Présente à : BOUHASSOU KHADIJA**

**Sa note d'honoraire s'élevant à la somme de 700 DH**

**SEPT CENT DIRHAMS**

**et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.**

**Dr. AHED Karim**  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
18, Bd Abdelmoumen Dm "Ghali Center"  
Casablanca - Tél: 0522 98 95 90

Cachet et signature



معيّة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

Casablanca, le 25/01/2024

ن/ع 1155

## FACT P 14/2024

Nom et Prénom : BOUHASSOU KHADIJA

INTITULE	JR	Qté	P.U	Montant
PLATREE		1	600,00	600,00
Sous Total Clinique				600,00
*** HONORAIRES****				
DR GARCH		1	700,00	700,00
Total				700,00
TOTAL				<b>1 300,00</b>

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

Payé En Espé  
Le : 25/01/2024

CLINIQUE AIN CHOCK  
510, Avenue 2 Mars - Haddaouia II  
Tel : 05 22 21 13 50 / 05 22 21 21 88  
Fax : 05 22 21 64 68 - Casablanca