

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie : N° P19-0001857

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S720 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : HAMIDI ABDELALI Date de naissance : 06/12/1964
Adresse : VILLA 106 POLE URBAIN NOUACEUR
Tél. : 0662157321 Total des frais engagés : 1.196,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 12/05/2019
Nom et prénom du malade : HAMIDI SARA Age : 17
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme de cheville Dk
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 : CASA Le : 12/05/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

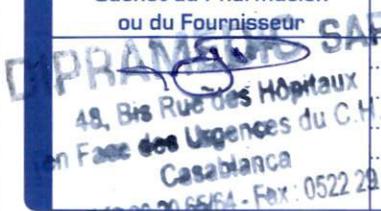
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

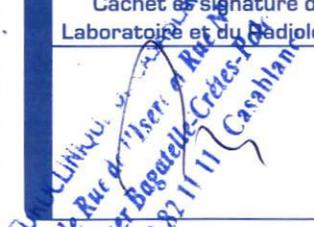
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12.05.19	A garde		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/19	330,00
	12/05/19	66,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12.05.19	236	400,00

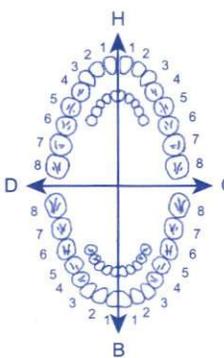
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

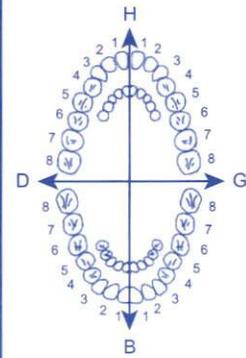
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 12/05/2019

Docteur : HAMIDI Gara

ORTHESE DE LA
CHEVILLE DT

330,00

LA AMERIC SARL
10, Avenue des Sources Médicales
Casablanca

Tel : 0522 20 20 66/64 - Fax : 0522 29 89 93

Dr. S. H. ROUDIES
Anesthésiste - Réanimateur
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue No 2
Quartier Bagatelle-Crètes-Polo
Tél : 0522 82 11 11 Casablanca



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 12/05/2019

Docteur :

HAMID SARA

44,20

1/ DITAL 500g (A'S)

1 4 x 2 j

22,20

2/ COOLIPRANE (A'S)

1 4 x 3 j

66,40



Dr. S. H. ROUDIES
Anesthésiste - Réanimateur
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et
Quartier Bagatelle-Crêpes
Tel: 05 22 82 11 11 Casablanca

PHARMACIE
IBRAHIM ROUDIES
11, RUE GRASSET, QUARTIER
DES HOPITAUX, CASABLANCA
Tél: 05 22 49 20 20



مصحة الجهاز العصبي
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

12 mai 2019

Casablanca, le.....

Docteur :

FACTURE 0136/5/19

NOM DU PATIENT : Mlle HAMIDI SARA

CS garde : 400,00
RX CHEVILLE DROITE F/P : 400,00

MONTANT TOTAL : 800,00

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
« HUIT CENTS DIRHAMS »**

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue No 2
Quartier Bagatelle Crêtes-Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca



مصحة الجهاز العصبي
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 12/05/2019

Docteur

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crètes-Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca

Mlle HAMZA SARH

Rx cheville M. D.

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crètes-Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca

Dr, S. H. ROUDIES
Anesthésiste - Réanimateur
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, **12 mai 2019**

COMPTE RENDU DE Mme HAMIDI Sara Rx CHEVILLE DROITE F/P

Absence de lésion osseuse de type traumatique sur ces incidences.

Présence d'une petite calcification se projetant au dessus de l'insertion calcanéenne du tendon d'achille.

Dr. KAHHAK M

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crètes-Polo
Casablanca
Tel 0522 82 11 11

Monsieur HAMIDI
Matricule 05720

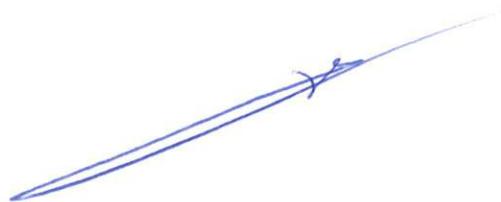
Casablanca, le 25/07/2019

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné commandant HAMIDI Abdelali Mle 05720, déclare par la présente que ma fille HAMIDI Sara, a glissé sur le tapis, ce qui lui a causé une entorse au niveau de la cheville droite.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : HAMIDI Abdelali

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long, sweeping horizontal stroke with a small loop at the end, positioned below the printed name.



DIPRAMEDIC S.A

48 rue des hopitaux-enface-urgence C H U

DISTRIBUTION DES PRODUITS
ET ARTICLES MEDICAUX

R.C :56127

Patente:36315620

T.V.A :

C.N.S.S:2036996

Banque:11581090003 BP

Tél :20-20-64/65

Le 12/05/2019

FACTURE N°309166

N° ICE : 001685371000011

N° IF : 01084427

HAMIDI SARA

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	CHEVILLERE STABILISATRICE G	330,00	0,00	330,00	330,00		330,00	55,00	20,00
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC	330,00	- Remise	0,00	= NET TTC	330,00		
Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	275,00	Montant	55,00			

DIPRAMEDIC S.A
48 Rue des Hôpitaux
(en Face des Urgences du C.H.U)
Casablanca
Tel : 0522 20 20 64/65 - Fax : 0522 29 80 93

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Cent Trente Dirhams.**