

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

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

N° W19-433881

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 5720 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMIDI ABDEL ALI

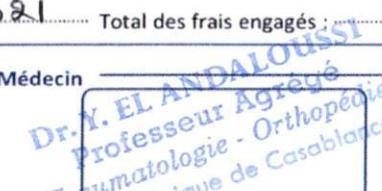
Date de naissance : 06 / 12 / 1964

Adresse : VILLA n° 106, POLE URBAIN NOUACEUR

Tél. : 06.61.15.93.81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2019

Nom et prénom du malade : HAMID ABDEL ALI

Age : 06/12/1964

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fracture Main droite

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.

25 JUL 2019

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 : 16/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------------|-----------------------|
|  PHARMACIE ACHRAF Dr. Sintang SImane Ras Anouar - Bd. Amiral Général Le Phœbus - CASA Tel: 03 22 98 97 63 - Fax: 06 22 98 64 11 | 16/10-2/1995 | Rs. 80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES RADIOPHYSIQUES | | | |
|--|--------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| CLINIQUE 11 Rue d'Asnières Bagatelle-Créteil-Polo 11 Casablanca | 16.07.19 219 | | 30700 |

AUXILIAIRES MEDICALS

| Cachet et signature du Particien | 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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'E

Monsieur HAMIDI Abdelali
Matricule 05720

Casablanca, le 25/07/2019

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné Monsieur HAMIDI Abdelali Mle 05720, déclare par la présente avoir subi une fracture à la main droite suite à une chute accidentelle à domicile.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : HAMIDI Abdelali





مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, 16 juillet 2019

COMPTE RENDU DE Mr HAMIDI ABDELALI RX MAIN DROITE F + 3/4

Mise en évidence d'une fracture de la base du 5^{ème} métacarpien avec probable trait de fracture articulaire avec probable trait articulaire et trait de refond séparant la base en deux fragments modérément déplacés.

Dr. KAHHAK M

Dr.
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Créteil-Polo
Tel: 0522 82 11 11 (L.G) • Fax: 0522 85 21 84



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

16/07/2019

Casablanca, le

Docteur :

FACTURE 0210/7/19

NOM ET PRENOM : Mr HAMIDI ABDELALI

| | | |
|---------------------|---|---------|
| Cs PR EL ANDALOUSSI | : | 300.00 |
| Rx MAIN DROITE F/P | : | 300.00 |
| HONORAIRES MEDECIN | : | 1200.00 |
| Consommable | : | 400.00 |
| Biplatrix | | |
| Elastoplaste | | |
| Jersy 1m | | |
| Gants jetables | | |
| Aide médicale | | |

MONTANT GLOBAL : 2200,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
«DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS »

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle rue N° 2
Quartier Bagatelle Crêtes-Polo
Casablanca
Tél 0522 82 11 11



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 16/7/19

Docteur :

MR Hamidou Abdali

FRACTURE DE LA BASE DU CRANE
DU MUSCLE DORSAL

L'Abdel ABD + syndactylie

PDF 30/

Dr. Y. EL ANDALOUSSI,
Professeur Agrégé,
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le

Docteur :

MR. Hmri Dr.

Abdelkader

133.00

1- Arcotia 90



47.80

2 - Dose



180.80



Dr. Y. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Nouvelle Clinique de Casablanca

PPV:
EXP:
Lot N°: