

# 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

- 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.

196773

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2839

Société

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

DRISSI ABDELLAHIM  
03/05/1954

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-01-74-69-73

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Faute motrice de la main gauche*

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 : 12/10/2023

Le : 12/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLFT ADHÉRENT



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
31/12/2024	c	6	600	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU MEDECIN DU QUOTIDIEN DU GENERAL DU 31/12/2024

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS**

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

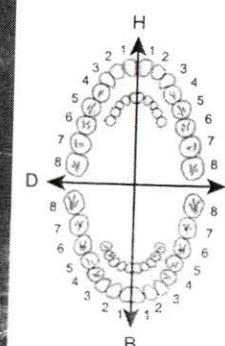
Important

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D —————	
00000000	00000000
35533411	11433553
P	



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Montant d'  
Honoraires**



Royaume du Maroc  
Ministère de la santé  
Région Fès Boulemane



Délégation à la Préfecture de Fès

المملكة المغربية

وزارة الصحة

جهة فاس بولمان

مندوبيّة عمالة فاس

N° 2839

31/11/2004



Fais SVP

Rd. de la main gauche

Dr. M. LEMHADRI  
— RADIOLOGUE —  
Clinique Al Kawtar - FES  
Tél : 05 35 61 14 34 99 00 02 00





RMI

**Dr. Mustapha LEMHADRI**

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de Nancy-France

FES, le 09/01/2024

# مركز الفحص بالأشعة مولاي إدريس

## CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

IRM 1,5T • Scanner Multibarettes • Echographie 4D-doppler Couleur  
Mammographie Numérisée • Radiographie Numérisée • Panoramique dentaire

ر. ٤ : ٢٨٣٩

**Patient: DRISSI ZINEB**  
**Médecin traitant : DR**

### RX MAIN GAUCHE F/P

**Cher (e) Confrère (consœur),**

**Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant Mlle. DRISSI ZINEB pour un(e) RX MAIN GAUCHE F/P. Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu.**

#### Compte rendu :

- La texture osseuse est normale.
- Les corticales osseuses sont respectées.
- Interlignes articulaires d'épaisseur normale.
- Les os du carpe, les métacarpiens et les phalanges sont normaux.
- Absence de lésion traumatique osseuse visible sur ce cliché.

#### Conclusion :

- Aspect radiologique normal de la main gauche de face et de profil.

Confraternellement :

CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS



Clinique Al Kawtar : Av. Med El Fassi, Rte Immouzer - Fès

05 35 61 18 80 ■ 05 35 61 18 81



# CLINIQUE AL KAWTAR

## Toutes SPÉCIALITÉS

CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

M. n° : 2839

Facture N° 2237/2024

Nom & Prénom : DRISSI ZINEB

Date d'examen : 09/01/2024

Examen(s)	
RX MAIN F/P	
300 DH	-----
300 DH	
<b>Montant TOTAL</b>	<b>300 DH</b>
<b>REGLEMENT : ESPECES</b>	

Dr. M. LEMHADRI  
RADIOLOGUE —  
Clinique Al Kawtar - Fès  
Tel : 05 35 61 19 00 (05 35 61 19 01)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
TROIS CENTS DH

Clinique Al kawtar Av.  
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzer Fès  
Tél : 035 61 19 00 – Fax : 035 61 19 01 – GSM : 061 13 47 03 – E-mail :  
CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162- ICE :001637627000066 INP :140006610  
[cliniquealkawtar@menara.ma](mailto:cliniquealkawtar@menara.ma)  
URGENCE 24/24  
05 35 61 19 00