

## 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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aliat Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aliat Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 76 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-839276

196773

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2833 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSI ABDEERRAHIM

Date de naissance : 03/05/1954

Adresse :

Tél : 06-01-74-69-74 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 : Traumatisme 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 : Le : 12/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019



# 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

31/11/2024

C

G

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

RADIOLOGUE  
Clinique Al Kawtar - FES

09/11/24

Z30

300,00

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

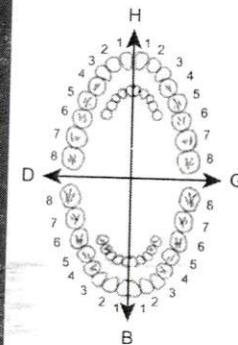
Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



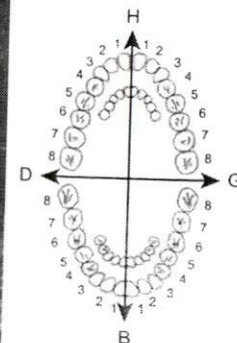
## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## 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

Montant des Honoraires



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

Royaume du Maroc  
Ministère de la santé  
Région Fès Boulemane



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
جهة فاس بولمان  
مندوبية عمالة فاس

Délégation à la Préfecture de Fès

ن° 2833

31/1/2024

  
Dineb

Fain SVP

Rd. de la main gauche

Dr. M. LEMHADRI  
— RADIOLOGUE —  
Clinique Al Kawtar - FES  
Tél : 05 35 61 16 34/05 35 62 33 24







**Dr. Mustapha LEMHADRI**

**Spécialiste en Radiologie**

**Lauréat de la Faculté de Nancy-France**

# 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

2839

FES, le 09/01/2024

**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

DR. MUSTAPHA LEMHADRI  
Clinique Al Kawtar - Fès  
Tél : 05 35 61 18 80  
Fax : 05 35 61 18 81



# CLINIQUE AL KAWTAR

## Toutes SPÉCIALITÉS


CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

M<sup>4</sup> : 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  |        |
|  |        |
| Montant TOTAL   | 300 DH |
| REGLEMENT : ESPECES   |        |

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

Clinique Al kawtar Av.  
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzet 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