

# 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 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 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

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 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0024887

137388

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2492 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB Zohra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie : CPA

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
21.09.2011	2 ECG		250,00	 09/10/2011

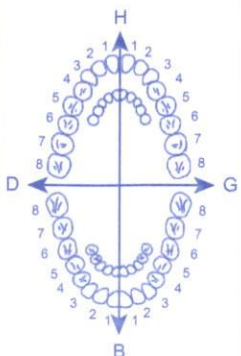
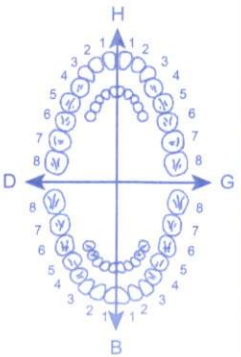
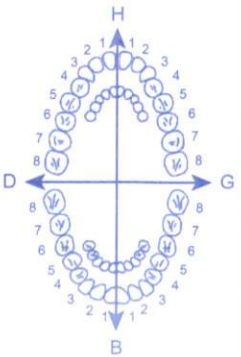
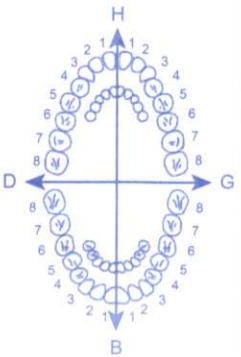
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

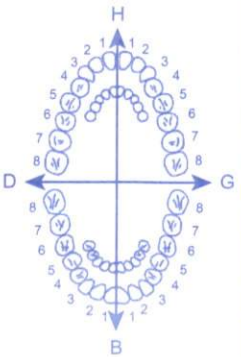
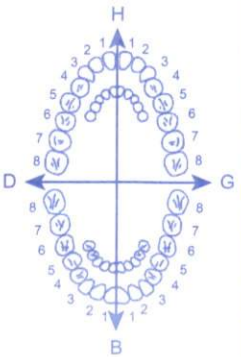
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

21-sep-2022 12:53:20

CLINIQUE RACHID

Féminin  
157cm

74kg

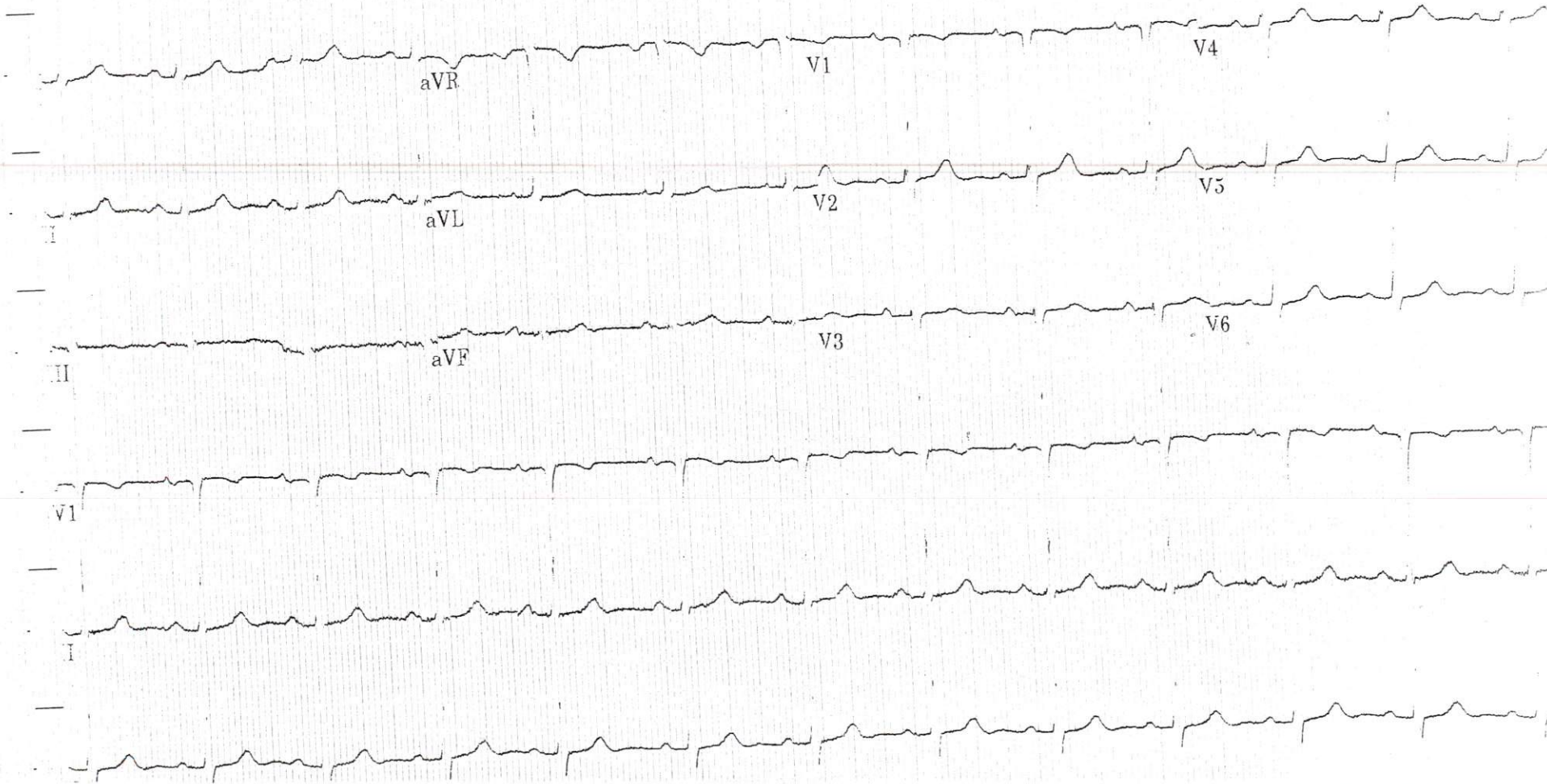
Fréq. ventr. 77 bpm  
Intervalle PR 192 ms  
Durée QRS 84 ms  
QT/QTc 374/423 ms  
Axes P-R-T -9 -3 48

Rythme sinusal normal  
Les grandes amplitudes des QRS sont soit normales, soit dues à une HVG  
Possible Infarctus antérieur, date indéterminée  
ECG anormal

Technicien:  
Indications:

Référé par:

Non validé





EXAM. RECORD 09/09/22 01:57 PM  
PATIENT ..... NAJIB ZOHRA  
ID ..... 478889  
EYE EXAMINED .... OD

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=40.50D		AXL=23.51MM	
K2=41.00D			
L1:ALCON		L2:ZEISS	
A1= 118.70D		A2= 119.20D	
23.75D	0.00D	24.41D	0.00D
IOL	REFR	IOL	REFR
24.25	-0.37	25.00	-0.42
24.00	-0.19	24.75	-0.24
▶ 23.75	-0.00	▶ 24.50	-0.06
23.50	0.18	24.25	0.12
23.25	0.36	24.00	0.29

L3:ABBOT		LENS4	
A3= 118.40D		A4= 118.50D	
23.36D	0.00D	23.49D	0.00D
IOL	REFR	IOL	REFR
23.75	-0.29	24.00	-0.38
23.50	-0.10	23.75	-0.19
▶ 23.25	0.08	▶ 23.50	-0.01
23.00	0.26	23.25	0.17
22.75	0.45	23.00	0.36

USER ..... DR RAISS



EXAM. RECORD 09/09/22 01:57 PM  
PATIENT ..... NAJIB ZOHRA  
ID ..... 478889  
EYE EXAMINED .... OS

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=41.00D		AXL=23.59MM	
K2=40.75D			
L1:ALCON		L2:ZEISS	
A1= 118.70D		A2= 119.20D	
23.39D	0.00D	24.05D	0.00D
IOL	REFR	IOL	REFR
24.00	-0.45	24.50	-0.33
23.75	-0.27	24.25	-0.15
▶ 23.50	-0.08	▶ 24.00	0.03
23.25	0.10	23.75	0.21
23.00	0.28	23.50	0.39

L3:ABBOT		LENS4	
A3= 118.40D		A4= 118.50D	
23.00D	0.00D	23.13D	0.00D
IOL	REFR	IOL	REFR
23.50	-0.37	23.75	-0.46
23.25	-0.18	23.50	-0.27
▶ 23.00	0.00	▶ 23.25	-0.09
22.75	0.19	23.00	0.10
22.50	0.37	22.75	0.28

USER ..... DR RAISS

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
**IMPLANTATION COCHLEAIRE**  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري  
جراحة الأذن والأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي والجراحي  
جهاز اللايزر  
جهاز السكاكير الجسماني الكلي  
زرع فوطة الأذن  
التشخيص والتحليلات

21.09.22

09626633

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur \_\_\_\_\_

**Dr. BENNIS Rachid**  
Anesthésiste - Réanimateur  
43, Bd. Rachidi - Casablanca

a l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à \_\_\_\_\_

M \_\_\_\_\_

**NATIB ZOHRA**

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, pour un acte coté : \_\_\_\_\_

**CPA**

Soit la somme de : \_\_\_\_\_

**250,00**

DHS

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tel: 0522 29 48 36 / 37  
Réception

**Dr. BENNIS Rachid**  
Anesthésiste - Réanimateur  
43, Bd. Rachidi - Casablanca

cachet et signature