

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060743

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM AS1091  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OUAD Abderrahim  
Date de naissance : 1953  
Adresse : LOT. Wafa H98 DEROUA.  
Tél. : 0662652833 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BARAKAT L  
Service Médecine Interne  
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : 02 / 02 / 2023  
Nom et prénom du malade : OUAD Abderrahim Age : 70 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dyslipidémie  
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 : Casablanca Le : 02 / 02 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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 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

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
02/02/2023		1		

Dr. BARAKAT L  
Service Médecine Interne  
CHU. 150 Route - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafaa Deraa Fix : 05.22.53.20.54	2-2-23	PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafaa Deraa Fix : 05.22.53.20.54

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/02/2023	K	60000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

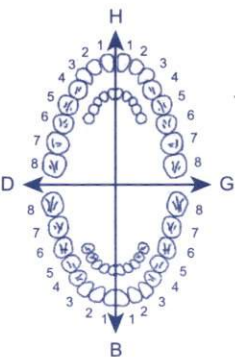
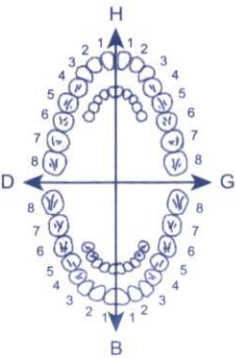
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Mr. OUAD ABDERRAHIM*

- Le foie est légèrement augmenté de taille, de contours réguliers d'échostructure hyperéchogène homogène aspect de foie brillant sans lésion circonscrite décelable.
- La vésicule biliaire est semi pleine, paraît libre.
- Pas de dilatation des voies biliaires.
- Tronc porte de calibre normal et libre.
- Les reins présentent une bonne différenciation cortico-sinusale, la taille et les contours sont normaux, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.
- La rate et le pancréas sont d'aspect échographique normal.
- Pas d'adénopathies profondes, ni d'ascite.

- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale, ni endoluminale.
- Prostate de volume normal, mesurant 40 x 23 x 32 mm, soit un volume estimé à 15 ml.

- *STEATOSE HEPATIQUE HOMOGENE*
- *ABSENCE D'ANOMALIE NOTABLE PAR AILLEURS*

*Avec mes amicales salutations.*

*Dr. BENYAHIA Z*



# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 L.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 02/02/2023

N/Ref : Facture N° FA1107/23

Nom & Prénom : **OUD ABDERRAHIM**

Date d'examen : 02/02/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE	
Montant TOTAL	600 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**SIX CENTS DH**

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue  
Tel: 022257482/022253030  
Fax: 0522257482

Dr BERRADA M.  
Radiologue  
Tel: 0522257482  
Fax: 0522257482

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



## BILLET D'EXAMEN

Date : 02/02/2023

Prénoms - Nom du malade : Quad Abderrahim

Service : ..... N° d'admission : .....

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>- Âge = 70 ans -</p> <p>- Lymphoedème depuis &gt; 1 an.</p> <p>- Faire sup ... echo abdomen pelvis</p>	<p>- Goutte sous zygomme.</p>

Le médecin traitant

**DR. BARAKAT L**  
Service Médecine interne  
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

**RADIOLOGIE**  
BERRADA, ABDELMALEK  
17, Rue Abdel Bahi  
Tél : 05 22 29 71 82  
Fax : 05 22 29 71 82

Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 29 94 83

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Casablanca, le : 20/02/2023

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Quod Abdirahim

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafaa  
Derboue  
Fix : 05 22 53 20 54

1) Dose fixe  
2) Dose fixe



21 r

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafaa  
Derboue  
Fix : 05 22 53 20 54

2) Dose fixe

soir



PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafaa  
Derboue  
Fix : 05 22 53 20 54

Dr. BARAKAT L  
Service Médecine Interne  
H.U. Ibn Rochd - Casablanca

87DA30

PER 05/25  
PPV87DB37

LOT 221040  
EXP 04 2026

PPV 80 10



05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83