

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054516

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000 Société : RAM Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : MOUHINE BOUC HOK  
 Date de naissance : 26/3/1962  
 Adresse : 1 HABITUELLE  
 Tél. : 0661 85 1181 Total des frais engagés : 3800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/05/2023  
 Nom et prénom du malade : MOUHINE BOUC HOK Age : 62 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur Abdominale - Comptes rendus  
 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 : 05/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

31 MAI 2023

ACCUSE



# 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
29/03/2013	C2			G. Gendreau

# 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
Service Radiologie 54, Boulevard de Casablanca Tél: 0522 36 69 11	10/7/2013	ABDOMEN provisoire	3800 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

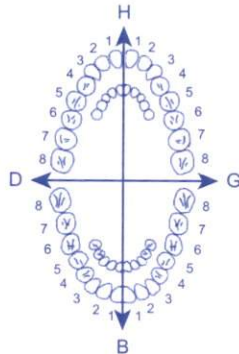
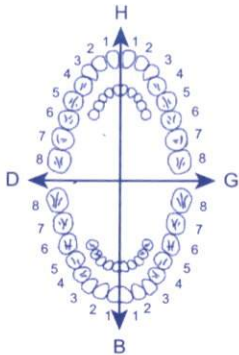
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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'EXECUTION

Casablanca le :21/05/2023

**NOM : MOUHINE ZINEB**

**EXAMEN : TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIENNE**

**Technique** : Acquisition hélicoïdale sans et avec injection de PDC, avec reconstructions multiplanaires.

**Résultat :**

➤ **A l'étage thoracique :**

- Absence de lésion traumatique parenchymateuse pulmonaire.
- Absence d'hémothorax ou de pneumothorax.
- Absence de pneumo-médiastin.
- Absence de fracture osseuse.

➤ **A l'étage abdomino-pelvienne:**

- Absence de lésion traumatique au niveau du foie, rate, pancréas et des reins.
- Absence d'hémopéritoine ou de pneumopéritoine.
- Vessie pleine de contenu homogène.
- Absence de fracture osseuse.

**Conclusion :**

**TDM thoraco-abdomino-pelvienne ne révélant pas de lésion traumatique.**

  
**DR KERROUF**



F A C T U R E

n° 256 2023

du 21/05/2023

Nom patient MOUHINE ZINEB

Entrée 21/05/2023

Sortie 21/05/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

DM THORACO -ABDOMINO PELVIENNI	1			
--------------------------------	---	--	--	--

Total Clinique

3 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MELLE TUIT CENT DIRHAMS

Total

3 800,00

CLINIQUE GHANDI  
Service Radiologie  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél : 0522 36 74 05/0522 36 69 11

ORDONNANCE

Casablanca le :

24/06/2023

Mou Hine  
Zineb

TOM THORACO - AIBDOMINO  
pe (viene)

CLINIQUE GHANDI  
Service Radiologie  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 36 74 05 / 05 22 36 69 11

05 22 36 74 05

Dr. EL OMARI Zakaria  
Spécialiste en Anesthésie et Réanimation  
Ghandi Clinic  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 36 74 05