

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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

N° P19-0035197

169556

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2540

Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHANI Ali

Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : même adresse

Tél. : 06 63 46 03 63

Total des frais engagés : 1900

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RAHANI Ali

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

coma + hémiplegie gauche + AVC

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) :

ACCUEIL

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
01/07/23		U2	Grt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR SALAM Dr Lahcin Wafat Lot. Besbassa Rue 3 N° 72 Ain Sebaa - Casablanca Tel.: 022.34.03.12	03/07/23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE Dar Salam S.C 728, Bd. Modibo Keita Casablanca	01/07/23	Voir facture ci-jointe	1900,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

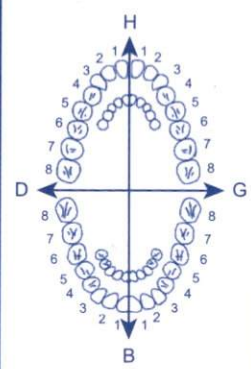
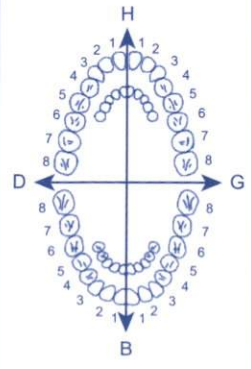
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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> <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 <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



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 01/07/2023

RAI HANI Ali

fixe 500

Tom Club

Dr. Hassan KSIKES
Anesthésiste - Réanimateur
INPE : 091087049
RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca

URGENCE
CLINIQUE DAR SALAM

URGENCES 24/24 مستعجلات



Casablanca, le 01/07/2023

Patient : RAIHANI ALI
Prescripteur: EQUIPE REA

SCANNER CEREBRAL

TECHNIQUE : L'encéphale a été exploré par une hélice de 3mm en contraste spontané.

RESULTAT:

RESULTAT:

- Atrophie cortico sous corticale sus et sous tentorielle comme en témoigne l'élargissement des sillons corticaux et l'aspect dilaté des ventricules
- Exagération de l'hypodensité péri ventriculaire et des centres semi ovales en rapport avec une leucopathie vasculaire
- Présence d'écalfication au niveau des noyau lenticulaire d'allure métabolique probable
- Absence de lésion ischémique évidente nettement décelable sur cet examen
- Absence de lésion hémorragique
- Absence de processus occupant l'espace
- Ligne médiane en place.
- Citernes de la base libres.
- FCP sans anomalie
- Absence de lésion osseuse

CONCLUSION :

- Aspect TDM d'une atrophie cortico sous corticale avec Leucopathie vasculaire
- Absence de lésion ischémique ou hémorragique nettement décelable ce jour

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728 Bd. Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24



FACTURE

Casablanca, le 01/07/2023

Facture N° 1043/2023

NOM PATIENT : RAIHANI ALI

DATE FACTURE : 01/07/2023

EXAMENS	MONTANT
TDM CEREBRALE: -----	mille neuf cents (1900 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE NEUF CENTS

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728, Bd. Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24