

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2579

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNAISSA Ahmed

Date de naissance :

01.04.1943

Adresse :

halatelle

A 89279

Tél. : 06 71 92 70 04 Total des frais engagés :

1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EZZAOUD BENMOMESS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

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.

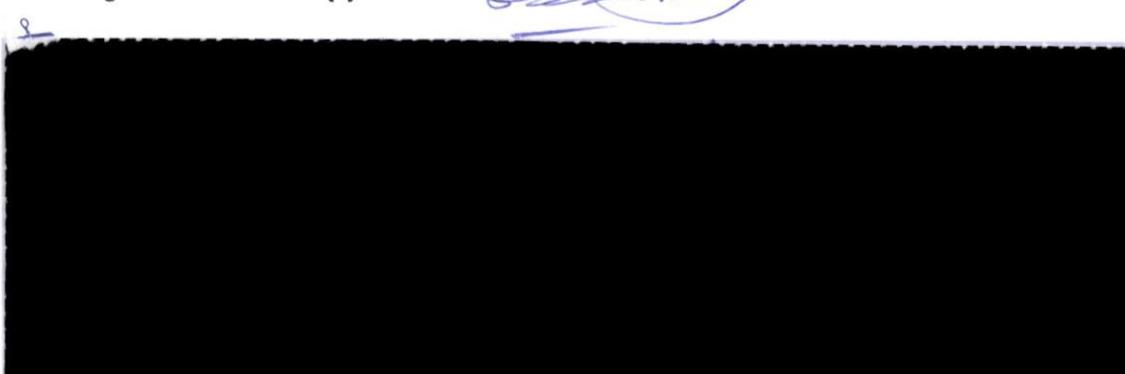
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

24/10/2023

Le : 24/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE 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
24/10/2023	Consultation	1	5000	

## **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
24/10/2023 AL MADIK Casablanca - Maroc Tél: +212 525 00 49 Fax: +212 525 00 49 Site: www.al-madik.com E-mail: info@al-madik.com	24/10/2023	Échographie abdominale	1000,00

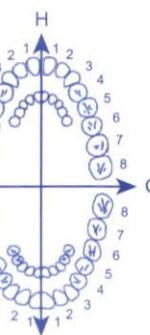
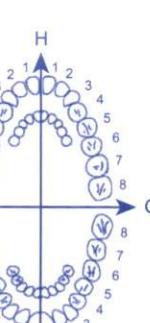
AUXILIARIES MEDICAUX

#### **RELEVE 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'ODE.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

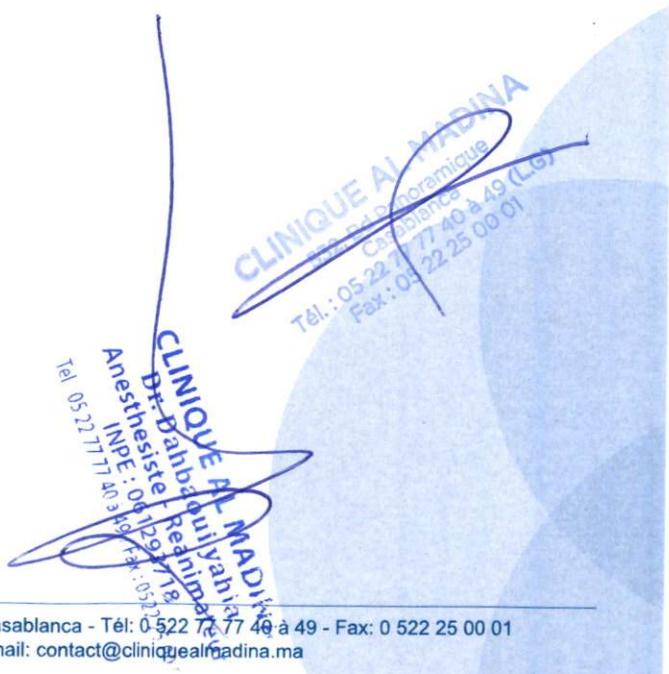
#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

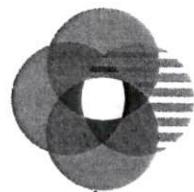


## ORDONNANCE

CAS 05/10/2005

cher professeur,  
Merci de ton soutien concernant l'échographie  
cardiaque chez une femme âgée de 65 ans,  
hypertendue, avec pour cardiopathie dehors  
sténose et FA sur ECG.





24/10/2023

M. Benarissa Khalil.

Compte rendu d'echocardiographie  
transstomacique

1- VC normale.  $\text{moy} \approx 100\%$

Bon facteur systolique segmentaire  
et global.  $\text{FSVC} = 63\%$ .

PTVC normale devant ce poi

2- OC modérément dilaté, avec épaississement  
en postérieur.

3- DM modéré gr II Pas à RM.

4- Remaniement valvulaire sans  
signe de maladie infectieuse.

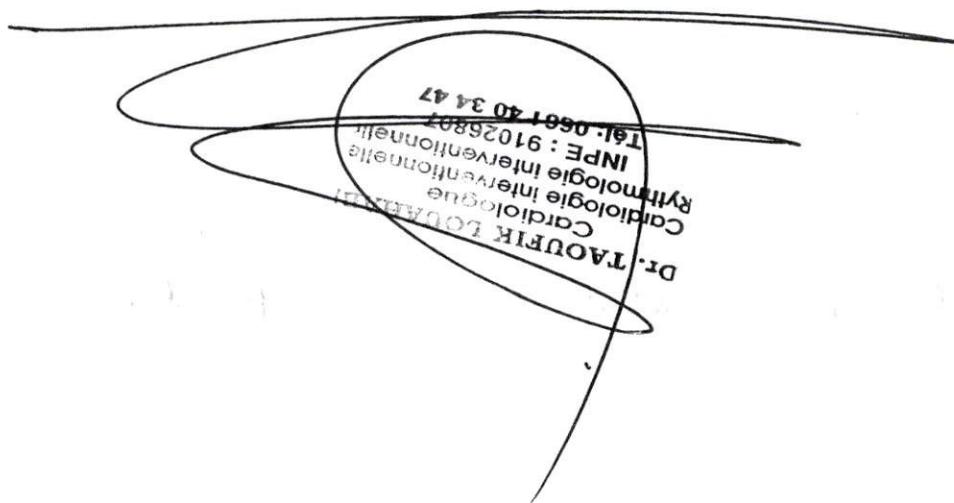
5- Coeur droit non dilaté.  
IT min.  $\text{PAOS} = 32 \text{ mmHg}$ .

6- Pas d'effacement.

2. Aorte asc. de colihac mst.

An hrl:

- Ba- fact: synklig - VC. FVC = 63%
- Musterrei gr II
- Pas ↓ og d. HMAP.



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 29033 / 2023 du 24/10/2023

Nom patient **BENAISSA AHMED**  
**PAYANT**

Entrée 24/10/2023  
Sortie 24/10/2023

ECHO COEUR

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOCOEUR	1,00		1 000,00	1 000,00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

**Total 1 000,00**

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique , Casablanca  
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

