

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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)

16261

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024783

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1022 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

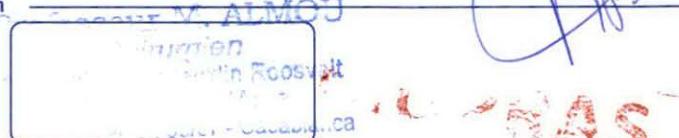
Nom & Prénom : AZMAN Hafsa e/s ABAA Date de naissance :

Adresse : Residence El manzor - TAN

Tél. 06 69 26 36 79 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ..... Maladie héréditaire/Ram

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] : .....

## 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
07/11/19	3		3000DH	
				Dr. M. ALMOU Professeur en Chirurgien en Franklin Roosevelt Paulista

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
VERU VAL de Franklin Roosevelt SAB 87.87 - 02.39.60. x 02.39.14.30	13/11/15		300,00

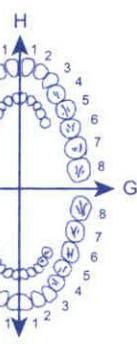
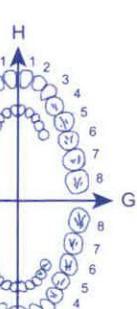
## AUXILIAIRES MEDICAUX

REVIEW 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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR MOHAMMED ALMOU

Chirurgie Générale  
Chirurgie Digestive  
Cœliochirurgie

الدكتور محمد المُو

أستاذ في الجراحة العامة  
وجريدة الجهاز الهضمي  
الجراحة بالتنظير الباطني

Casablanca, le :

07/11/201

Advan Halima

Notre le Lithiase Vesiculaire .  
Echographie abdominale .

- Taille du ou des calculs ?
- Paroi ?
- Val d'Anfa ?

CLINIQUE DU VAL D'ANFA  
19, Rue Franklin Roosevelt  
CASABLANCA 10000 / 13  
Tel: 022.36.87.87 - 022.39.60.37 / 37  
022.39.69.36 / 37  
Fax: 022.39.14.28



مصحة فال أنفا: 19، شارع روزفلت - 20170 الدار البيضاء

Clinique du Val d'Anfa : 19, Bd. Franklin Roosevelt - 20170 Casablanca

الهاتف : 05 22 36 43 74 - Direct : 05 22 39 60 10 / 11 / 12 / 13 - 05 22 39 69 36 / 37 / 38 / 39  
Tél./Fax : 05 22 36 43 74 - المبادر : 05 22 39 60 05 / 07 - Tél. : 05 22 39 60 10 / 11 / 12 / 13 - 05 22 39 69 36 / 37 / 38 / 39

REFERENCE : 191113001 DATE : 13/11/2019  
PATIENT ADNAN HALIMA  
MEDECIN TRAITANT  
EXAMENS REALISES ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

### COMPTE RENDU

La vésicule biliaire présente une paroi fine, à 2mm.  
Présence d'un calcul unique, de 3mm du fond de la vésicule.

Pas de dilatation des voies biliaires intra hépatiques.  
Les reins et la rate sont normaux.

Pas d'anomalie pancréatique.

Signé :

DR. K. BELYAMANI

# CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE  
19, Rue Franklin Roosevelt  
Tél(212)522387(LG) Fax(212)522391439

## FACTURE

N° : **4377 / 2019** du **13/11/2019**

Nom patient **ADNAN HALIMA**  
**PAYANT**

Entrée **13/11/2019**  
Sortie **13/11/2019**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1.00		500.00	500.00
<i>Sous-Total</i>				500.00
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>500.00</b>

CLINIQUE DU VAL D'ANFA  
19, Rue Franklin Roosevelt  
CASABLANCA  
Tél:022.36.87.07 - 022.36.88.10 / 13  
022.39.69.38/37  
Fax:022.39.14.39

Payé en Espèces  
Le... 13/11/2019