

## 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

- 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](http://www.mupras.com)

N° W19-587207

ND 50453

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11381

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TOUM BENCHETKOUN Ghizlane

Date de naissance : 21/05/76

Adresse :

Tél. : 0661134478

Total des frais engagés :

600,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2020

Nom et prénom du malade : TOUM BENCHETKOUN Ghizlane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19/11/2022	19	300%	300%	INP : 1234567890 CLINIQUE PR. EL MECHILI N° 1234567890 Cas 1234567890

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE SERIAL 05223</i>	19.11.2	Echographie 600 ISM Abdominal.	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412 21433552  
00000000 00000000

D 00000000 00000000  
35533411 11433553 G

### [Création, remont, adjonction]

	DATE DU DEVIS	

ORDONNANCE

Casablanca le, 19/11/81

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

Ordre de prescription  
à Guillermo

Echographie  
jeudi matin

CLINIQUE VILLE VERTE  
Service Radiologie  
Tél. 05 22 51 23 23

Ordre de prescription  
à Guillermo  
Date : 19/11/81  
Service : Radiologie  
Praticien : Dr. Bouskoura  
Cas : 37



CLINIQUE  
VILLE VERTE  
 ELSAN

## CLINIQUE VILLE VERTE

**EL SAN**  
**TEL : 0522 51 23 23**  
**TEL : 0667 57 57 57**

## F A C T U R E

N° : **6799 / 2020** du **19/11/2020**

Nom patient	<b>TOUM BENCHEKROUN GHIZLANE</b>	Entrée	<b>19/11/2020</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>19/11/2020</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>ECHOGRAPHIE ABDOMINALE</b>	1	Z	<b>600,00</b>	<b>600,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>600,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>600,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	<b>Total</b>	<b>600,00</b>
SIX CENTS DIRHAMS		

A handwritten signature in blue ink that reads 'CLINIQUE VILLE VERTE' at the top, followed by 'Services d'ambulance' and 'Tel: 33 22 51 23 13' below it. The signature is written over a stylized drawing of a person's head and shoulders.

Casablanca, le 19/11/2020

Patient : **MME TOUM BENCHEKROUN Ghizlane**

## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

### **➤ Météorisme abdominal diffus gênant l'exploration toutefois note :**

Le foie est de taille normale de contours réguliers et d'échostructure homogène.  
Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

La vésicule biliaire est semi-pleine, paraît libre.

Le tronc porte est de calibre normal, perméable.

Aspect échographique normal de la rate.

Exploration du pancréas ainsi que la recherche d'adénopathie profonde sont masqués par un écran de gaz.

Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers, avec bonne différentiation cortico-sinusale, sans dilatation des voies excrétrices.

Absence d'épanchement péritonéal.

Vessie vide.

### **CONCLUSION :**

**Aérocolie.**

**Absence d'autre anomalie décelable dans les limites de cet examen.**

Merci de votre confiance. **Dr. TAHIRIM**

CLINIQUE VILLE VERTE  
Service Radiologie  
Tel : 05 22 51 22 00  
CLINIQUE VILLE VERTE  
Dr LYSE Mohamed  
RADILOGUE  
Tél : 05 22 51 22 00  
e-mail : rvv@cvv.ma