

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7211 Société : RAM 56166

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AJJANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522737741 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2021

Nom et prénom du malade : AYA EL AJJANI Age : 14

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

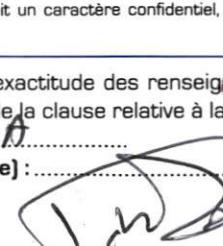
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 07/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

  
MUPRAS

  
ACC

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des	Natures des	Nombre et	Montant détaillé	Cachet et signature du Médecin
Actes	Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes
06-01-21 Cs.			60,-00	RECEUILLI DU CHEQUE DE 60,-00 FRS DU DR. GUY BONNET

## 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
Hôpital de Compiegne Centre de Recherche	06-01-21	JDM Coefficients Radios Corp	1200,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

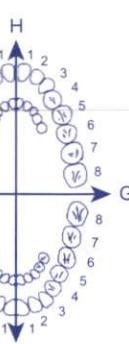
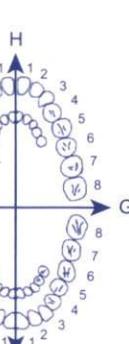
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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'ostéodensitométrie.

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   21433552 00000000   00000000 D ————— 00000000   00000000 35533411   11433553 G B		Coefficient des travaux
		[Création, remont, adjonction] 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**

Radiographie : Age: 14 ans ATUSS = RAS

Diagnostic & traitement : Se présente pour  
un tréatise à PT maxillaire facial  
avec notion de vomissement  
PT sans à ve ophtalmie.  
à l'examen, consciente  
PRS

- Pas de DSM.
- Pas de raidem rachidien

→ CAT : TDm céphalique + Rx rachidien  
fracture du plancher de l'abte paupière avec  
incarcération de la peau et orbitaire et

Rendez-vous de consultation le : 10/01/2011 à 14 Heures

Médecin traitant : Département d'un petit fragment osseux en

Signature et Cachet

Co AVIS ophtalmie

Co AVIS - Maxillo

Co AVIS Neurochir

CHU

service d'Accueil  
DES URGENCES

N° d'admission :

1809

Date : 06 - 01 - 021 Heure : 16/23

Nom et prénom AYA EL ASSJANI Age :

Adresse :

**Motif d'Admission :**

Traumatisme

- AVP



ph uel

Anis ménierien ep de gond - AT



- violence



- imprudence



- autres



chimique

Médical



Chirurgical



Brûlure



R. nach L Intoxication



Autres



CAT: TI Ned + avis Maroc + rendu h. corps



مستشفى ابن رشد

Hôpital Ibn Rochd  
SERVICE DE LA RADIOLOGIE  
DES URGENCES

Casablanca, le 06/01/2021

Mme : EL AJJANI AYA

**TDM CEREBRALE**

**TECHNIQUE :** Acquisition hélicoïdale sans injection de PDCI

**RESULTAT**

- Absence d'hématome intra ou extra-parenchymateux notable aux étages sus et sous tentoriels.
- Fosse cérébrale postérieure de morphologie normale
- Structures médianes en place.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Citernes de la base libres.
- Fracture du plancher de l'orbite gauche avec incarcération de la graisse intra orbitaire et détachement d'un petit fragment osseux en intra sinusien (sinus maxillaire).
- Discret pneumorbite gauche.
- Trait de fracture de la lame papyracée à gauche avec comblement de quelques cellules ethmoïdales.

**Dr Mouffak, Dr Kebbou**

Nous restons à votre disposition

Ministère de la Santé  
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
G	
Total	60,00

Nº 512597

le

Signature du  
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé  
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
TSM Cés. brachy	
Rachis Cervicale	
Total	1890,-

N° 512600

le

Signature du  
Régisseur et Cachet