

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Educational :

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

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.

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- 0044243

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3449 Société : R.A.M. 61980

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : T. A. R. G. A. M. S. T. A. F. A.

Date de naissance : 1953

Adresse : Rue H. Boule 2: 77 case

Tél. : 06.660.437.66 Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade : Riadi KHAADOUJ Age :

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 : 26 / 03 / 2021 Le : 26 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :




# 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
23/03/21	CS		6	 Docteur Sidi Youssef EL ALAOU Anesthésiste Réanimateur


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

 24/03/21      347,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

 23.03.2021      7,57      1008,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

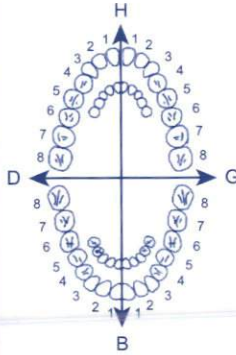
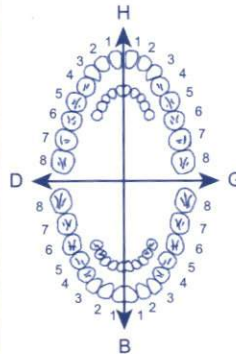
AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
	<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

Casablanca, le 21.03.2021

Ricou Khaddaj

35,70 Kardegic 160 mg 1schp /j (S.V)

208,00 coveram 5/5 1cp /j

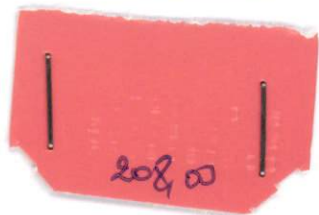
103,40 Tahor 20 mg 1cp /j (S.V)

T 347,10

Dr. El Alaoui  
Anesthésiste Réanimateur

PHARMACIE BILAL  
LEMRINI Zohra  
May El Farah Rue 67 N° 160 - Casa  
Tél : 022.80.64.97

PHARMACIE BILAL  
LEMRINI Zohra  
May El Farah Rue 67 N° 160 - Casa  
Tél : 022.80.64.97



UT. AV.:		P.P.V	
08	2023	103	40
LOTN°:	125353		

103,40

23/03/2021

M<sup>re</sup> RIOU KHADDOUJ

Faire SRP :

Scanner Cerebral

CLINIQUE AINBORJA  
Service Radiologie  
Tél. : 05 22 41 63 63  
Fax : 05 22 40 11 12

Dr. Mohamed EL MAOUI  
Anesthésiste Réanimateur



# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 23-03-2021

Facture N° 03500/21

## A. Identification

N° Dossier : CAB21C23204107

N° Identifiant : 029824/21

Nom & Prénom : Mme RIOUI KHADDOUJ

C.I.N :

Adresse : CASABLANCA

## B. Assuré

Lien avec l'assuré : Conjoint

Nom prénom : RIOUI KHADDOUJ

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-03-2021

Date Sortie : 23-03-2021

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER CEREBRAL		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00
PARTIE CLINIQUE :						2 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						2 000,00

DEUX MILLE DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE AINBORJA  
Service Radiologie  
Tél. : 05 22 41 63 63  
Fax : 05 22 40 11 12

Clinique Aïn Borja  
25, Boulevard Ifni Aïn Borja  
CASABLANCA ②  
Tél: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 40 11 12

- IRM Haut Champ • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle • Dentascanner
- Radiologie Générale • Echographie • Echo Doppler • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner et IRM cardiaque sur RDV

Casablanca, le .....

**23/03/2021**

**PATIENT : RIOUI KHADDOUJ**

**PRESCRIPTEUR: ANESTHESISTE REANIMATEUR**

### **SCANNER CEREBRAL**

#### **TECHNIQUE**

Acquisition spiralee millimetrique sans injection de produit de contraste.

#### **RESULTATS :**

Atrophie cortico-sous corticale.

Exageration de l'hypodensite de la substance blanche sus tentorielle en rapport avec une leucopathie vasculaire tres avancee.

Calcifications lenticulaires bilaterales.

Absence d'hypodensite systematisee.

Absence d'hemorragie intracrânienne.

Structures medianes en place.

Citernes de la base libres.

FCP sans anomalie.

Infiltration atheromateuse des siphons carotidiens.

#### **CONCLUSION :**

**Atrophie cortico-sous corticale avec une leucopathie vasculaire tres avancee.**

**Absence de lesion ischémique circonscrite recente ou hemorragique visible.**

**CLINIQUE AINBORJA**  
Service Radiologie  
Tél : 05 22 41 63 63  
Fax : 05 22 40 11 12

*Merci de votre confiance.*

*Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacswebccab.ddns.net>  
identifiant : HIS615537694832 Mot de passe : HIS29824*