

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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° M21- 081215

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 712 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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 :
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-81215

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Coefficient des <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-353305	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-353305

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <u>GUENOU HANOUCINE</u>		
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones : <u>05-22-52</u>	
Mail : <u>SS-26</u>		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>25-01-22</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-353306	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-353306

DATE DE DEPOT

26/01/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 712														
Nom & Prénom <u>GUENNA HEGNE</u>																
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones : <u>05 22 52</u>															
Mail : <u>55-26</u>																
MEDECIN																
Prénom du patient																
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>														
Age		Date														
Nature de la maladie		Date 1ère visite														
<u>Cholestase hépatique</u>																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>C3</u></td> <td><u>G</u></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>C3</u>	<u>G</u>									
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
<u>C3</u>	<u>G</u>															
PHARMACIE																
Date																
Montant de la facture																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES																
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires														
<u>IDM</u>		<u>1500</u>														
Date : <u>20/01/2022</u>																
AUXILIAIRES MEDICAUX																
Date :																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													



Casablanca, le 20/05/2027

Dr. Guennon E. P. Anoual

TDM abdominale

→ Cholestase hépatique
(Clinique et biologique)

CLINIQUE ANOUAL
14, Rue Zakieddine Attaoussi - par Bd Anoual - Casablanca
Tél : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 - Fax : 05 22.86.02.11
C. Résidence
Secrétariat Médical

Dr. Naoufal LAGHID
Réanimateur Urgentiste
Spécialiste de la Douleur
Ancien PA des Hôpitaux de Grenoble

24 h / 24 Urgences - Médecins réanimateurs et neurochirurgiens 24 h / 24

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. BEN MOUSSA

SCANNER ABDOMINAL

N° : 2201201226287060, / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22A01018	GENOU LEHOSSINE	20/01/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 500.00
PAYANT	Total	1 500.00

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

CASABLANCA LE 20/01/2022

NON ET PRENOM : Mr GUENOU LHOSSINE

SCANNER ABDOMINO PEVIEN

Technique :

Acquisition hélicoïdale sans injection de produit de contraste avec reconstruction multi planaire.

Résultats :

- Vésicule biliaire paraît réduite de taille, de paroi fine, comblé par un matériel spontanément hyperdense d'allure lithiasique.
- Aspect distendu de la VBP, de 14 mm de distension maximal, de contenu hétérogène : lithiasique ?
- Foie de taille normale, de contours réguliers de densité homogène.
- La vésicule biliaire libre de paroi fine.
- Reins de morphologie normale, sans dilatation des cavités excrétrices, siège d'une infiltration bilatérale en flammèche de la graisse péri rénale.
- Vessie semi pleine, de contenu homogène.
- Absence d'adénomégalie intra ou rétro péritonéal.
- Pas d'épanchement péritonéal.
- La rate est de taille normale, homogène.
- Le pancréas est d'aspect normal.
- Pas de signe d'appendicite.
- Pas de lésion osseuse d'allure suspecte.

Au total :

- Vésicule biliaire d'allure lithiasique non compliquée ce jour.
- Dilatation modérée de la voie biliaire principale : obstacle lithiasique ?
- Un complément Bili-IRM serait souhaitable.

Cordialement

مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 202 200 331 / 2022 du 20/01/2022

Nom patient	GENOU LEHOSSINE	Entrée 20/01/2022	Sortie 20/01/2022
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER ABDOMINAL	1.00		1 500.00	1 500.00
			Sous-Total	1 500.00
Total Frais Clinique				1 500.00

	Total général	1 500.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		1 500.00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 500.00				1 500.00	0.00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier
Casablanca
Tél: 05 22 85 92 20 Fax: 05 22 86 22 23
Service Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) / Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F.: 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° 37908413 - ICE : 001743751000001