

# 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 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

- 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



**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0033497

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7730 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve : 11/04/82  
 Nom & Prénom : FARID Essadine  
 Date de naissance :  
 Adresse : 67 les Bases 1 Emu G Appt 5 CIL  
 CASA  
 Tél. : 0660001952 Total des frais engagés : 400 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 : Douleur AB dorsale  
 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 : 26 MAI 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-033497

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 : 7730  
 Nom de l'adhérent(e) : FARID Essadine  
 Total des frais engagés : 400 Dhs  
 Date de dépôt : 25/05/22



### 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
19/05/22	Consultation			

### 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
	19/05/22		400

### AUXILIAIRES MEDICAUX

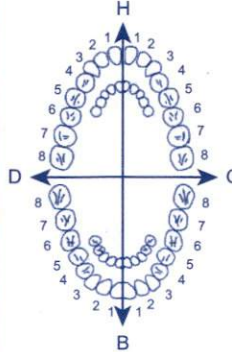
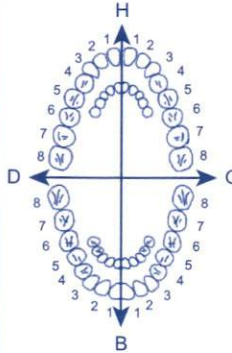
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Casablanca, le 19.05.2022

Mme: Farid OS Sadia

Elle ABdominale

Angle Bd Nador et Bd. Atlantide  
Tél : 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31  
E-mail : avicenne.clinic@gmail.com



**Dr. KARIM MADIOUNI**  
Anesthésie-Réanimateur  
Angle Bd. Nador et Bd. Atlantide  
Quartier Polo Casablanca  
Tél: 0522 793 300-0522 21 80 31  
INPE: 091276105



الريان

AVICENNE  
Radiologie

ابن سينا  
العيادة بالأسفا

Casablanca, le 19/05/2022

Nom / Prénom : FARID ES SADIA  
Médecin prescripteur :

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**RESULTAT :**

Foie de volume normal morphologie respectée sans anomalie évidente dans les limites de cet examen.  
Tronc porte de calibre normal perméable.  
Dilatation des VBIH et de la VBP estimée à 9,4 mm.  
Pancréas exploré partiellement au niveau de sa partie céphalique paraît échogène.  
Rate de taille normale homogène.  
Les reins sont bien différenciés de taille correcte sans dilatation pyelocalicielle.  
Faiblesse de la paroi abdominale avec aspect fin de la musculature antérieure et latérale.  
Hernie de la ligne blanche au niveau de l'appendice xyphoïde sur environ 1,81 cm.  
Il donne issue à une boule graisseuse mesurant 2,74x1,97 cm.  
En sus ombilical à 5 cm de l'ombilic présente une hernie ombilicale mixte.  
Légèrement en sus et latéro ombilical gauche vers 2H on note diastasis de la paroi avec issue de la graisse et d'une partie du colon comme en témoigne les digestifs.  
Absence d'épaississement digestif ou d'épanchement signalant la souffrance.  
Absence d'épanchement intra péritonéal.  
Absence d'adénopathie profonde ou de taille significative.

**CONCLUSION :**

Faiblesse de la paroi abdominale avec hernie de la ligne blanche et latéraux ombilicale gauche vers 2 H a large collet contenu mixte dont le colon.  
Exploration incomplète du foie et du pancréas révélant uniquement une ectasie de la voie biliaire principale sur cet examen à confronter aux antécédents.

En vous remerciant de votre confiance

JADIR Ihsane  
Radiologue

Angle boulevard Nador et Atlantide, quartier POLO - Casablanca  
Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95 - E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com  
C.N.S.S : 9498488 - I.F : 14364589 - Patente : 36335425 - ICE : 001680339000075 - RIB: 011 780 0000942100001471 96



## Photo de Lailafarsane

FARSANE LAILA <LFARSANE@RoyalAirMaroc.com>

Mer 25/05/2022 10:11

À : FARSANE LAILA <LFARSANE@RoyalAirMaroc.com>

**PATIENT :** Mme FARID ES SADIA  
**SEJOUR :** Du 19/05/2022 au

**FACTURE :** PreFacture  
**DU :** 19/05/2022

**CLINIQUE**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			0,00

**AUTRES PRESTATIONS**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHO ABDOMINALE	1	400,00	400,00
<b>TOTAL AUTRES</b>			400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de QUATRE CENTS DIRHAMS

Observation :

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

	PATIENT
<b>TOTAL TTC</b>	400,00

