

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7730 Société : Véuve : 116482

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARID ESSADIE

Date de naissance :

Adresse : lot les Bases 1 Emu G Appt 5 CIL

CASA

Tél. : 06 6000 1932

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 :

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 ESSADIE

Total des frais engagés : 400 Dhs

Date de dépôt : 25/05/2022

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

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

## 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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on the upper arch, 1-8 on the lower arch). A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the curve.

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 19.05.2022

Mr: Farid et Sadia

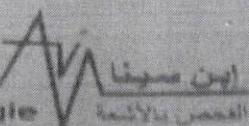
*Bo Abdominale*

Angle Bd. Nador et Atlantide  
Quartier POLO Casablanca  
Tél: 0522 793 300 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95  
E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

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

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

الريان سمعة

AVICENNE   
Radiologie

Casablanca, le 19/05/2022

PE

Nom /Prénom : FARID ES SADIA  
Médecin prescripteurECHOGRAPHIE ABDOMINALERESULTAT :

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 musculation antérieure et latérale.  
Hernie de la ligne blanche au niveau de l'appendice xynphoïde sur environ 1,81cm.  
Elle donne issue eux à une boule graisseuse mesurant 2,74x1,97cm.  
En sus ombilical à 5cm de l'ombilic présente une hernie ombilicale mixte.  
Égèrement 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.

EN CONCLUSION :

Faiblesse de la paroi abdominale avec hernie de la ligne blanche et latéraux.  
Hernie ombilicale gauche vers 2 H à 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

JADIS 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

ica

## 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>				<b>0,00</b>

AUTRES PRESTATIONS

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

Arretée 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 décret n°1.14.195 du 1er rabii l 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

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



**AVICENNE**  
**CLINIQUE**  
 مصحة الإختصاصات

