

# 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 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

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° M21- 080617

*Copie Compte Rendu*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : ..... **118952**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....


Nom & Prénom : **Belhe Abdelmalik**

Date de naissance : **12-01-69**

Adresse : **Rue Lab Mehken Benclint**

Tél. : **0661318986** 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/04/22	Echographie Rénale	400 D11

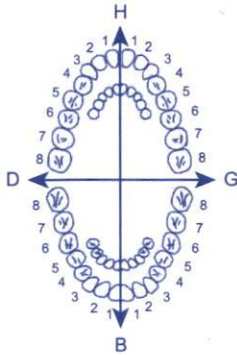
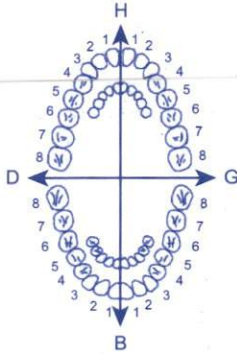
[illegible]

# RELEVÉ 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

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

[illegible]

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Dr. HACHEM REDA FATEN

■ Ex Chef de Département  
Néphrologie-Hémodialyse Transplantation Rénale  
Clinique Cheikh Zayd - Rabat

■ Ex Chef de Service  
Néphrologie-Hémodialyse  
Polyclinique CNSS Derb Ghalef - CASA

Casablanca, le :

## BON DE RADIOLOGIE

Nom :

Mr El Her

Date :

Prénom :

Abdelmoumin -

Age/Sexe :

Antécédents :

Drz / Hsa @ IR.

Renseignement Cliniques :

Examens demandés :

Echographie  
Rénale



Signature :

Dr. HACHEM REDA FATEN  
Médecin Spécialiste  
Néphrologie - Hémodialyse

312, Bd Oum Rabiaa, Quartier Oulfa - Casablanca - الدار البيضاء - الألفه - الربيع، الأم شارع 312

Tél : (212) 05 22 93 89 14 - 06 72 54 14 29 : الهاتف - Fax : (212) 05 22 89 00 89 : الفاكس

Email : hachem.doc@gmail.com : البريد الإلكتروني - Site web : www.centrehemodialyse.com : الموقع الإلكتروني



**Ctre RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 14/04/2022

**Facture N° : 001803/2022**

- Nom patient : **MR EL HOR ABDERRAHIM**
- Examen(s) réalisé(s) : **ECHO RENALE**
- Net à payer T.T.C : **400 DH**
- Arrêter la présente facture a la somme de : **QUATRE CENTS DH**
- Mode de règlement : **ESPECE**

L'adherent :

Signature & cachet



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,

Casablanca

Tél. : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83 : الهاتف

Fax. : 05.22.98.19.17 : الفاكس

E-mail : radiologie-ab@menara.ma : البريد الإلكتروني

Site Web : <http://www.radiologieabdelmoumen.ma>

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،

الدار البيضاء



**Ctr RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

**Dr BENNISS Fouad**

**Pr FATHI Khadija**

**Dr LARAQUI BENSOUA Nadia**

**الدكتور بنيس فؤاد**

**الأستاذة فتحي خديجة**

**الدكتورة العراقي بنسودة نادية**

Médecin Traitant : **DR HACHEM REDA FATEN**

Nom du patient : **EL HOR ABDERRAHIM**

Examen réalisé : **ECHO.RENALE** Date : **14/04/2022**

### COMPTE RENDU

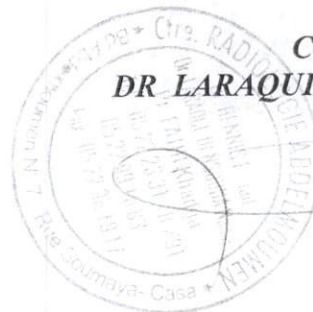
**RC** : 53 ans, Diabétique type II , HTA + IR

#### RESULTATS :

- Rein droit de taille normale, ( 11x 5,7 x3,9 cm) de contours réguliers, avec bonne différenciation cortico-médullaire et absence de dilatation des cavités excrétrices rénales
- Rein gauche de taille normale, ( 10,8 x 5 x3 cm) de contours réguliers, avec bonne différenciation cortico-médullaire et absence de dilatation des cavités excrétrices rénales
- Epaisseur corticale à droite : 19mm et à gauche 19,5 mm
- Vessie pleine à contenu transonore et à paroi fine

#### CONCLUSION :

- Echographie rénale ne révélant pas d'anomalie.



**Confraternellement  
DR LARAQUI BENSOUA N.**

Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,  
Casablanca

Tél. : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83 الهاتف

Fax : 05.22.98.19.17 : الفاكس

E-mail : radiologie-ab@menara.ma : البريد الإلكتروني

Site Web : [http:// www.radiologieabdelmoumen.ma](http://www.radiologieabdelmoumen.ma)

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،  
الدار البيضاء