

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5000 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Abdelhak  
 Nom & Prénom : MOUHINE ADEL HAK  
 Date de naissance : 02/03/1981  
 Adresse : Halatine  
 Tél. 06 61 89 11 81 Total des frais engagés : 1100 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2012

Nom et prénom du malade : MOUHINE ADEL HAK

Age : 31

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 : Casablanca

Le : 28/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	28/07/22	EMG	800,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

## وصفة طبية Ordonnance

- Casablanca, le : 24/07/2022

EMG

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Résident Dr LHASSANI SARA  
Neurologie

Mme Mouhine  
abdellah

patient âgé de 61 ans  
sans ATCD particuliers  
se présente pour une NCB récidivante

à l'examen Neuro:

Deficit moteur MS distal droit

Deficit sensitive allant du coude droit, main  
(hyposthésie)

ROT présents et symétriques

RCP en flexion

amyotrophie du de intersous et (main  
droite)

pas de fasciculation

examen des paires crâniennes: RAS

Veuillez faire signe un ENCG

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Résident Dr LHASSANI SARA  
Neurologie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 2 NOV / 2010

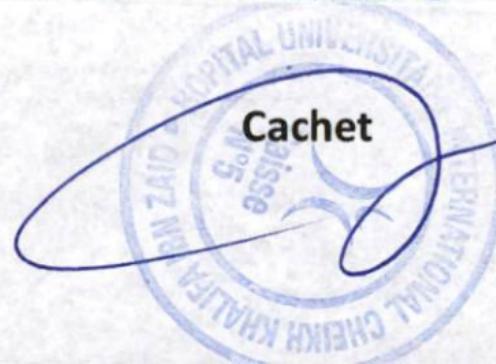
Quittance - Paiement espèces

0690769

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300 P.

Patient : ..... MOUSSA GABEDELHAK





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 28/07/2022

Quittance - Paiement espèces

0693683

IPP : .....

N° D'admission : 2200537797 Montant : 800.00 Dhs

Patient : MOUKHTAR ABDELLAH

Cachet

**F A C T U R E**N° **90.967 / 2022** du **21/07/2022**Nom patient : **MOUHINE ABDELHAK**Entrée **21/07/2022**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **21/07/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
<b>CONSULTATION DÉ NEUROLOGIE</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b> Sous-Total	<b>300,00</b> 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total** **300,00**

Encaissements				Total encaissé	Solde
					<b>300,00</b>



## FACTURE

N° 94.578 / 2022 du 28/07/2022

Nom patient : MOUHINE ABDELHAK

Entrée 28/07/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 28/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ELECTROMYOGRAMME DES QUATRE MEMBRES	1,00		800,00 Sous-Total	800,00 800,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>800,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>800,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							<b>800,00</b>



**Conclusion:**

Les vitesses de conductions sensitives sont normales aux 4 membres avec respect des amplitudes des réponses.

Les vitesses de conductions motrices sont normales aux 4 membres avec un effondrement des amplitudes des potentiels d'actions musculaires des nerfs Médian et Ulnaire droits.

L'EMG de détection montre des potentiels lents de dénervation au repos au niveau de l'abducteur du pouce droit avec à l'effort des tracés intermédiaires riches accélérés avec des PUM de petites tailles. La détection au niveau des muscles Jambier antérieur et mentonnier est sans anomalie.

**Examen ENMG en faveur d'une atteinte de la corne antérieure localisée au territoire cervical avec un profil récent à la détection.**

**Une amyotrophie spinale reste possible sans éliminer une SLA débutante.**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. OUAHABI Hamid  
Neurologie



MUTUELLE DE PREVYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 28.10.2022.

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

<b>A remplir par l'Adhérent</b>	
Matricule : ... <i>5000</i>	N° de poste : .....
Nom et Prénom de adhérent : <i>MOUNA HAFID ADELHAK</i>	N°Tél. bureau : .....
Nom et Prénom du bénéficiaire : <i>Mouna HAFID ADELHAK</i>	N°Tél. domicile : <i>06.61.89.11.81</i>
<b>A remplir par le praticien</b>	
Je soussigné : <i>Hospital Universitaire International Cheikh Khalifa Medecin Resident Dr L'HASSANI SARA Neurologie</i>	.....
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M .....	
Nécessite un <i>ENNC</i> des <i>oly.membres</i> .....	
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient).....	
Une hospitalisation de : (Approximatif).....	
A : (préciser l'établissement hospitalier).....	
<b>Strictement confidentiel</b>	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique(à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
<i>Atténuation de la crise antérieure Aggravation du défaut des membres super</i>	
Cachet, date et signature du praticien <i>28/10/2022</i>	
<b>A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS</b>	
Décision :	.....

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com