

# 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071986

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8966 Société : RAM 130749  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENNIS MOHAMMED HICHEM  
 Date de naissance : 10/12/1970  
 Adresse : BOUSKOURA GOLF CITY VILLA 310  
 VILLE VERTE NOUACEUR  
 Tél : 0651 25 16 19 Total des frais engagés : 500 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/07/2022  
 Nom et prénom du malade : moi même Age : 51  
 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 : CASA


Le : 22/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
23/07/2020	Chirurgie		500 dh	

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

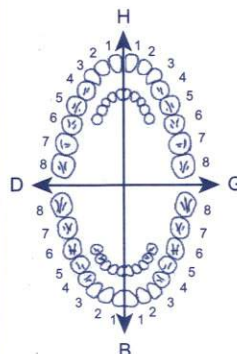
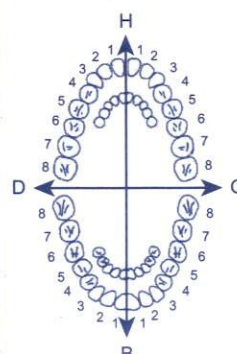
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </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																
	(Création, remont, adjonction) 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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



220104140818ES

**ORDONNANCE**

25 juillet 2022

Bouskoura, le : **BENNIS MOHAMMED HICHAM**

Champ visuel automatisé (programme glaucome)

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA  
Ophtalmologie  
0912618000

2200210606

**F A C T U R E**

N° 16 820 / 2022 du 27/07/2022

Nom patient : **BENNIS MOHAMMED HICHAM**

Entrée 27/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Examen du champ visuel automatisé	1,00	K0013	500,00	500,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>500,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 500,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00







Bouskoura, le : 27/07/2022

## COMPTE RENDU DU CHAMP VISUEL

Ci-joint le compte rendu du champ visuel test central, seuil fovéolaire 24-2, programme glaucoma threshold fait à Mr BENNIS Mohammed-Hicham âgé de 51 ans.

### Œil droit

L'examen est fiable, les faux positifs et négatifs sont dans les normes, Le seuil fovéal est normal à 38 dB.

Le patient présente quelques déficits relatifs,

- La sensibilité moyenne est légèrement altérée MS = 30.63 dB.
- La déviation moyenne est normale MD= -0.82 dB
- La déviation individuelle corrigée confirme l'absence de scotomes CPSD = 1.36 dB

### Œil gauche

L'examen est fiable, les faux positifs et négatifs sont dans les normes, Le seuil fovéal est normal à 38 dB.

Le patient présente quelques déficits relatifs,

- La sensibilité moyenne est dans les normes MS = 31.65 dB.
- La déviation moyenne est normale MD= 0.22 dB
- La déviation individuelle corrigée confirme l'absence de scotomes CPSD = 0 dB

### Conclusion

ODG : quelques déficits relatifs, champ visuel dans les limites normales.

A confronter aux données cliniques et fonctionnelles.

Bien à vous.