

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0003563

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1012 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 144 128  
Nom & Prénom : M. ADNAN HALEUJA  
Date de naissance :  
Adresse : Résidence EL MAJMAZ EL KHAYAT N°6  
Hay ESSALAM (RIL)  
Tél : 06 69 26 36 79 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja  
El Fardi Appt. 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 34 66

Date de consultation : 16 / 12 / 22  
Nom et prénom du malade : ADNAN HALEUJA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Coliques 09 JAN 2023  
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

### 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



# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/12/22        | C2                |                       | 250,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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

19/12/22 (2, 10, 7, 2, 1)      200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

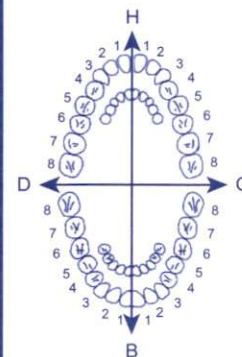
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D      G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

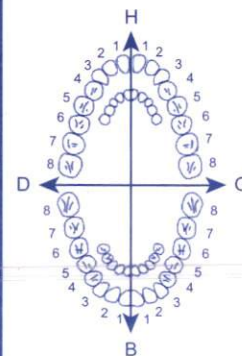
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'exécution



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Amal SALIM**

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail



الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط -  
بوردو، رين

الطب العام

داء السكري والحمية

الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 16/12/22

M<sup>re</sup> ADNAN ep ABAD

Habiba

Faire SOP

A.U.S.P

Radiologie Grandi 28  
282, Bd. Grandi - Casablanca  
Tél: 05 22 77 45 45

Dr Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa  
El Fardj, Appt. N°4, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél: 05 22 26 34 66 / 06 73 94 85 48



## Facture

N° :5649/2022

Casablanca, le 19/12/2022

Nom patient : **ADNAN HALIMA EP ABAD**

Examen(s) réalisé(s) :

**ARBRE URINAIRE SANS PREPARATION.**

Montant : **deux cent (200 dh)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

**Radiologie Ghandi 282**  
282, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 77 45 45

**Dr. Yahia KETTANI**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

**Dr. Rokia BENBOUBKER**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 19/12/2022

**Patiente : ADNAN HALIMA EP ABAD**

**Prescripteur : Dr AMAL SALIM**

**ARBRE URINAIRE SANS PREPARATION**

- Présence de 2 opacités de tonalité calcique à projection rénale droite polaire inférieure.
- Importants résidus stercoraux se projetant sur l'aire rénale gauche gênant l'interprétation.
- A noter des clips métalliques au niveau du flanc droit et en latéro-pelvien gauche.

Cordialement  
**DR. ROKIA BENBOUBKER**  
DR. BENBOUBKER  
Radiologie Ghandi 282  
INPE: 091201244