

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Nolane

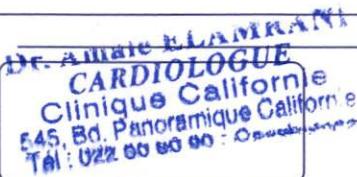
Date de naissance : 01 / 01 / 1954

Adresse : lotissement Zahra Rue 8 n° 1

Télé. : 066 716 4605 Total des frais engagés : . Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2023

Nom et prénom du malade : AX KATEEO Nolane Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Béee respiratoire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

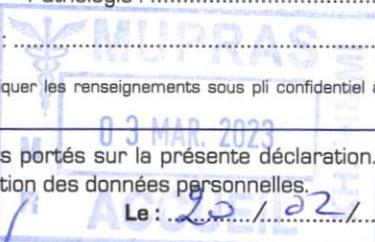
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
14/02/23	Ordination			<i>[Handwritten signature]</i> Dr. Amal BLAHLI CARDIOLOGUE Clinique California 545, Bd Panoramique Casablanca Tél: 022 50 00 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Circular stamp]</i> Dr N. LAHOU Dr M. QUZANE Dr H. RAJ	15/02/23	TDM thorax	1200.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

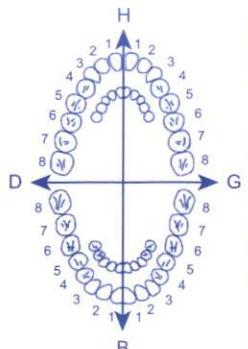
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



#### [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

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution



# **Clinique "Californie" للدار البيضاء**

**Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h**

## مستعجلات 24\24 ساعة

Q's Réponse AKKA7ee 14/04/2013

**Dr. Amale EL AMRANI**  
**CARDIOLOGUE**  
Clinique California  
545, Bd. Panoramique California  
Tél : 022 50 60 80 - Casablanca



545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - Fax : 0522 50 76 98

E-mail : [العنوان الإلكتروني](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com)

M U P R A S

N° Admission : 23001513      N° Facture : 23001468 Date facturation : 15/02/2023

Nom et prénom du patient : Mr AKKAZENE MOHAMED

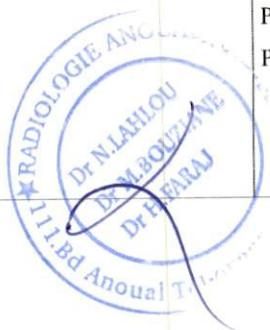
PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM THORACIQUE	1.00	1 200.00	1 200.00
		Sous-Total	<b>1 200.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Mille deux cents dirhams**

**Total : 1 200.00DH**

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	1200.00 DH
PC N° :		



Casablanca, le 15 Février 2023

**DR. A. ELAMRANI**

**MR. AKKAZENE MOHAMED**

## **COMPTE RENDU**

### **TDM THORACIQUE**

#### **Technique :**

Acquisition hélicoïdale de 1,25mm d'épaisseur, sans injection de contraste, en fenêtre médiastinale et parenchymateuse.

#### **Résultat :**

- Calibre normal des différentes structures vasculaires du médiastin avec l'existence de quelques calcifications athéromateuses au niveau de l'aorte thoracique et les coronaires.
- Absence d'épanchement pleuro péri-cardique.
- Calcification pleurale de 8,5mm de diamètre antéro lobaire supérieur droit.
- Absence d'anomalie notable au niveau du parenchyme pulmonaire des deux côtés.

#### **Conclusion :**

- Calcification pleurale antéro supérieur droit séquellaire de 8mm de diamètre.
- Absence d'autre anomalie notable par ailleurs.

**DR LAHLOU NEZHA**