

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023942

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3096** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL OTHMAN** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **11** 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 :

**Etat d'anavagae**

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 : **BEKKERCHID**

Le : **10/02/2023**

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
13/02/2013	Consultation	1	200,00	13/02/2013
23/02/2013				

### 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 Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHADIR Kaoua Médecin Radiologue Clinique Chaouia 3, rue Elha Ibnou Nafie Berrechid INPE:061256798	13/02/2013	ECHE DENTAL CLINIQUE CHAOUIA MI	1000,00

### 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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8				



**ORDONNANCE**

Berrechid, le 13-02-97

M. el OTHAÏT MOHAMED

écho Doppler

Dr. EL KHADIR Kaoutar  
Médecin Radiologue  
Clinique Chaouia  
3, rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPE:061256798

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid le 13/02/2023,

FACTURE N° 330/2023

PATIENT : EL OTMANI MOHAMED

EXAMEN : ECHODOPPLER ARTERIEL ARTERIEL MI

HONORAIRES : 1000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE DH

Signé :

  
CLINIQUE CHAOUIA  
3 Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
TEL: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - FAX: 05 22 32 57 58  
ICE : 001533090000059



Berrechid , 13/02/2023

PATIENT : **EL OTMANI MOHAMED**  
MEDECIN TRAITANT : **DR BENCHEKROUN**

### **ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MEMBRES INFÉRIEURS**

#### **TECHNIQUE :**

Examen réalisé à l'aide d'une sonde de haute fréquence en mode B, Doppler couleur et pulsé en position couchée

#### **RESULTATS**

Tracée artériel irrégulier (arythmie cardiaque ?)

Surcharge athéromateuse diffuse avec médiacalcose plus accentué au niveau des artères des trépieds jambiers

#### *A droite :*

- Les artères fémorales commune et superficielle sont de calibre normal, perméables à flux irréguliers biphasique, à vitesse conservée.
- Artère poplité de calibre normal, perméable, sans matériel intra-luminal, à flux biphasique et à vitesses conservées.
- Artère tibiale antérieure de calibre normal, perméable, siège d'une médiacalcose diffuse, à flux normo-modulé et à vitesses conservées.
- Artère tibiale postérieure et sa distalité sont de calibre normal, perméable, à flux démodulé, à vitesses conservées.
- Les veines fémorales communes et superficielles ainsi que les veines poplitées sont de calibre normal, à parois souples, compressibles, perméables au doppler couleur, sans image endo-luminale visible.
- Les veines du système superficiel (veine grande et petite saphène) sont de calibre normal, à parois souples, compressibles.
- Présence d'une formation kystique postéro-interne gauche, grossièrement ovalaire, à paroi épaisse irrégulière, siège de calcifications, non vascularisée au Doppler couleur, semblant communiquer par un fin pertuis avec l'articulation en regard. Il mesure approximativement : 16x27mm
- Importante infiltration des parties molles sous-cutanées du membre inférieur prédominant au niveau de la jambe et du pied sans collection nettement circonscrite.

#### *A gauche :*

- Les artères fémorales commune et superficielle sont de calibre normal, perméables à flux irréguliers biphasique et à vitesse conservées.
- Artère poplité de calibre normal, perméable, sans matériel intra-luminal, à flux biphasique et à vitesses conservées.