

# 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.

M22- 0035392

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12445 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hind EL KHTADIRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : Mikou Rania Age : 14 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Nystagmus

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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

8

## 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
07/04/2023	CS + Bilan	C		F. A. C. 14121000 Réclatje 3 ital dentair Casablanca

## **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
<i>Service de Radiologie Casablanca Tél : 05 22 99 37 48</i>	<i>15.01.2013</i>	<i>T.R.M Cocobulle #</i>	<i>28 090.00 dh</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

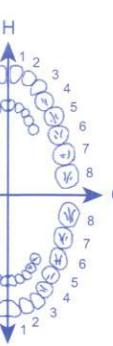
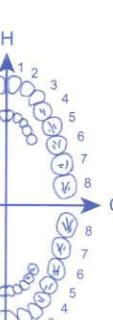
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

### BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 07/04/2023

Nom du malade : Mikou Rania N° d'entrée :

Service :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REONSE LABORATOIRE
15 ans, nystagmus neurologique sans particularités	œil, ex am en ⇒ IRL céphalo- orbitaire

FIM CHU/I'D Imane  
Pédiatrie 3  
Hôpital d'enfant Casablanca

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-04-2023

**Facture N° 06890/23****A. Identification**

N° Dossier : CJO23D08093638

N° Identifiant : 075447/23

**Nom & Prénom : Mme MIKOU RANIA**

C.I.N :

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 08-04-2023

Date Sortie : 08-04-2023

Médecin traitant : DR . CHU CHU

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	IRM CEREBRALE		2 800,00			2 800,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						
DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS						
<b>Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :</b>						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
<b>2 800,00</b>						

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie  
signature de l'assuré  
Casablanca

Tél : 05 22 99 37 48



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازير

15/04/2023

PATIENT : MIKOU RANIA

## IRM CRANIO ORBITAIRE

### TECHNIQUE :

Séquence diffusion, sagittale T1, axiale Flair, coronale T2, axiale T2\*,

Séquence d'angio IRM, injection de gadolinium.

Séquences axiale et coronale T1, T2 et après injection de gadolinium.

### RESULTAT :

#### Au niveau orbitaire :

- Globes oculaires symétriques, de volume normal et de signal homogène.
- Muscles oculomoteurs et nerfs optiques d'épaisseur normale et de signal homogène.
- Absence d'anomalie de la graisse intra et extra conique.
- Absence de prise de contraste anormale.

#### Au niveau cérébral :

- Absence d'anomalie de signal parenchymateuse.
- Absence de signes de processus inflammatoire ou infiltrant.
- Sur la séquence de diffusion, absence de foyer ischémique récent.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Absence d'anomalie de prise de contraste.
- Structures médianes en place.
- FCP sans anomalie.
- Citernes de la base libres.
- Sinus veineux libres.
- Absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.

### AU TOTAL :

IRM cranio orbitaire cérébrale sans anomalie.

Merci de votre confiance.

Pr. SALAM

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie

Casablanca

Tél : 05 22 39 37 48