

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0035392

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12445 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Hind EL KHADIRI  
 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 Larbi Age: 14ans  
 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) :

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
07/04/2023	CS, B, lae			<i>G</i>

*F. A. CHAUDI*  
Pédiatre 3  
Hôpital d'enfants 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

*Service Radiologie*  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48

15.04.2023

IRM

Coef. = 2800,00 dh

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ 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 canaux, 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

#### 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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE**

Date : 04 / 04 / 2023

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

Service :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REPONSE LABORATOIRE
15 ans, nystagmus neurologique sans particularités	ang, ex au en ⇒ IRN créno- orbitaire

FIMA CHAHDI Imane  
Médecin de 3  
Hôpital d'Enfants 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
RADIOLOGIE						
1	IRM CEREBRALE		2 800,00			2 800,00
Total Rubrique :						2 800,00
PARTIE CLINIQUE :						2 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						2 800,00

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
Casablanca  
signature de l'assuré  
Tél : 05 22 99 37 48

**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 crano orbitaire cérébrale sans anomalie.**

Merci de votre confiance.

**Pr. SALAM****Clinique JERRADA OASIS**  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48