

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0035479

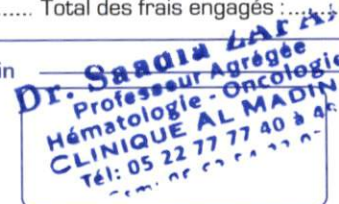
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4828 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAKIB Mub  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. 0668453439 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/04/2023  
 Nom et prénom du malade : HAZIME FAOUZIA Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Myelome Multiple  
 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 : 11/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

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
11/3/23			contrôle	

### 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

IBAFIS  
التصوير الطبي والتشخيص  
Radiologie & Imagerie Médicale  
N° 002620012000030

12/4/23 RX  
THORACIQUE  
FACE

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

AM      PC      IM      IV

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

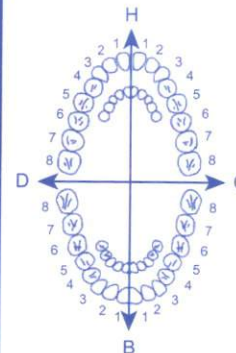
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan O.D.F.

#### 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



**Docteur Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes-Enfants  
Oncologie pédiatrique  
Greffe de Moelle

**الدكتورة السعدية زفاض**

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين و الأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

**11 avril 2023**

**MME HALIME FAOUZIA**

Rx poumon de face

ابن النقيس  
التصوير الطبي  
RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE  
ICE : 002620012000030

**Dr. Saadia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49



CASABLANCA, le 12/04/2023

**PATIENT** : HALIME FAOUZIA**MEDECIN TRAITANT** : PR ZAFAD Saadia**RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE****RESULTATS :**

- Transparence normale des deux champs pulmonaires.
- Atelectasie en bande de la pyramide basale droite.
- Silhouette cardiomédiastinale sans anomalies.
- Culs de sacs pleuraux libres.

**Merci de votre confiance****Dr BELAAROUSSI**

IBN NAFIS  
التصوير الطبي والاشعاعي  
Radiologie & Imagerie Médicale  
I.C.E : 002620012000030

## Reçu de caisse

N° : 2304171242560160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2303818	HALIME FAOUZIA	17/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CB 006577 HALIM ISSAM	2 000,00
MUPRAS	Total payé	2 000,00
DEUX MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

CLINIQUE AL MADINA  
CAISSE  
632, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L-G)  
Fax : 05 22 77 77 40 à 49 (L-G)

**IBN NAFIS**

Radiologie &amp; Imagerie Médicale

**ابن النفيس**

التصوير الطبي والاشعاعي

FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	12/04/2023
DATE EXAMEN	12/04/2023

HALIME FAOUZIA

Désignation	Montant
RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE	200,00
<b><u>TOTAL</u></b>	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **DEUX CENTS DHS**

ابن النفيس  
التصوير الطبي والاشعاعي  
Radiologie & Imagerie Médicale  
ICE : 002620012000030