

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3117

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

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 : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : 02/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Sachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/11/23	CS		400,-	Dr. Amine JIRARI Chirurgie Cardio Vasculaire 10, Bd d'Amia El Rue Clos de l'Opéra 9000 Casablanca Téléphone: 091166330 NÉPHROLOGISTE
13/11/23	CPA + ECG		400,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

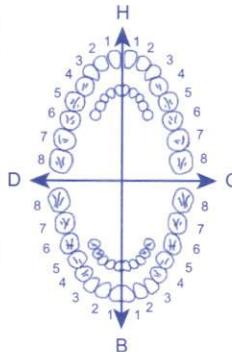
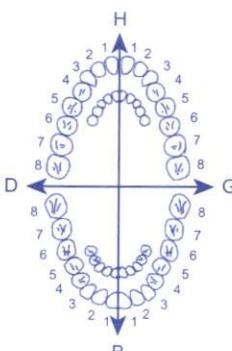
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												
					DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												
					FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
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 <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												
					DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>												



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Facture

Group: CEC

Hopital: Clinique Européenne de Casablanca

Tél: 05 22 36 33 33



Patient: DHIBI MOHAMMED

Modalite de Paiment: Dossier mutuel

Organisme: CNSS

ICE Organisme: 000230054000038

Facture N°: 4215/2023

Facturée le: 2023-11-13

Entrée le: 2023-11-13

Sortie le: 2023-11-13

Prestation	Quantité	Tarif unitaire	Montant total
Consultation De Spécialiste	1	400.00	400.00
Consultation Pré-Anesthésique	1	300.00	300.00
Electrocardiogramme (Ecg)	1	100.00	100.00

**Total  
800,00 MAD**

Arrête la présente facture à la somme de:  
**Huit Cents Dirhams Et Zéro Centimes**

### Encaissements

Encaissement Patient	<b>800,00 MAD</b>
Encaissement Organisme	<b>0,00 MAD</b>
Encaissement Total	<b>800,00 MAD</b>
Solde	<b>0,00 MAD</b>

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA  
FAOULLAH - ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA - MAROC - TÉL: 05 22 36 33 33  
RC: 516579 - IF: 50518280 - TP: 36003802  
ICE: 002873282000046 - RIB Crédit Agricole: 02178000002703038054734  
INPE: 000004888



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Ordonnance

Casablanca, Le 13/11/23

Nom Dhibi Mohamed

présente une thrombose de  
Postère iliaque droit  
et fait bénéficié  
d'un ptogage ilio fémoral  
grisé de Po droit avec  
axe donneur d'accès (K250 + Y100)  
et Coronarographie pré opératoire  
pathologique Step 2  
Mr JIRANI

Dr. Amin JIRANI  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
André 22 d'Anfa Casablanca  
Khalid Ben Youssef  
Télé: 0524 2116330

ID : 2312070000

DateTime: 2023-12-09 09:19

PatientID:

Name :

Height :

cm

Sex :

Weight :

kg

Age :

BP :

mmHg

Divisions:

LIT PAS.:

1<sup>o</sup> hôpital NO.:

Hospital:

HR 55 bpm  
P Dur/PR int 120/177ms  
QRS Dur 163ms  
QT/QTC int 406/389 ms  
P/QRS/T axis 103/161/-54 °

RV5/SV1 amp 5.385/2.690mV  
RV5+SV1 amp 8.075mV  
RV6/SV2 amp 5.182/3.028mV

Minnesota Code

8-8-3

Diagnosis Info

7-4-0

811 bradycardie sinusale  
502 bloc de conduction à l<sup>o</sup> intérieur de ventricule

1-1-1(I, II)

633 ST-T anormal

4-1-0(III, V6)

316 L<sup>o</sup> atrium gauche est s-

urchargé

5-1-0(V6)

308 atriomégalie droite

112

Dr. Amine JIRARI  
1. Urgie Cardio-Vasculaire  
Angie Bo. 2014. KRC. Rome  
Provence 100. Casablanca  
Anfa. Casablanca  
(INPE) 091166320  
shu...d

Diagnostic de référence, demandez à votre médecin pour confirmer:

AUTO PRINT 12X1 55bpm

5 mm/mV 0.50Hz-75Hz AC 50Hz 25 mm/sec

