

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Optique :**

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

Mise en charge : pec@mupras.com

Dhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **5694** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **AL HROU KADOUR**

Date de naissance : **11/11/1929**

Adresse : **04 SEP 2019**

Tél. : **66113824710** Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : **Laabidi Rahma** Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

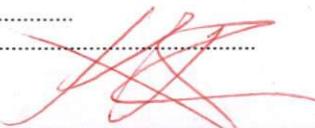
Nature de la maladie : .....

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) : 

## 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

## **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
Dr. Mohamed S. RADILOGUE Clinique les Oliviers NPE:060061942	03/01/14	Enq	1900

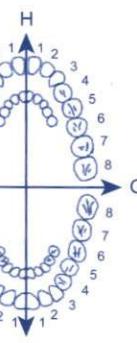
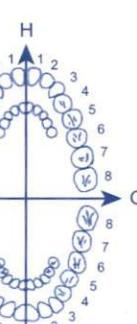
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la Santé  
Délégation provinciale de Settat  
Centre Hospitalier Provincial de Settat  
Hôpital Hassan II de Settat

BON D'EXAMEN

Nom et Prénom : IBIDLAH RAHMA  
N° d'entrée : .....  
Service : .....

Renseignement Clinique

Trouble de la Conscience  
ATCD : ONED  
actuel : Gc P.6 f , A co  
TDM cérébral

Dr BOUHASSEB  
Le Médecin  
Médecin AU Service des Urgences  
CHP SETTAT

**SETTAT**, le 03/08/2019**NOM ET PRENOM : ALABIDILI RAHMA****TDM CERBRALE**

**TECHNIQUE** : Acquisition spiralée sans injection de contraste.

**RÉSULTAT** :

Présence d'un hématome intra-parenchymateux temporo-pariéctal gauche cortico sous cortical entouré d'un œdème péri lésionnel mesurant 90x 46 x42mm.

Il exerce un effet de masse sur le ventricule latéral gauche sans engagement cérébral notable.

Citernes de la base libres.

Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.

**CONCLUSION** :

**Aspect TDM d'un AVC hémorragique cortico sous cortical temporo-pariéctal gauche.**

Centre de Radiologie  
Clinique Les Oliviers  
INPE : 060061942  
ICE : 001665330000052

Dr.Mohamed OULD SNEIBER  
RADIOLOGUE  
Clinique les Oliviers  
INPE:060061942  
Centre de Radiologie  
Clinique Les Oliviers  
INPE : 060061942  
ICE : 001665330000052



مركز الزيتون

Clinique Les Oliviers

N 103, Lagnan et Settat

Tel 0523.40.20.40/41/61 FAX 0523.40.20.62

CNSS: 4266765 IF: 40113028 ITP: 40113028

ICE: 001665330000052

1.

Facture Pour : ALABIDLI RAHMA  
56  
0667897517

1 RADIOLOGIE

1 TDM CEREBRAL C-

1200.00

**TOTAL**

**1200.00**

ESPECES

1200.00

AMEDI 03-08-2019 14:03:17

? 1-Serv.: 1-CAISSE 1-NOTE 000008/1

E-mail contact@clinique-lesoliviers.com

web www.clinique-lesoliviers.com