

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **ntaire :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 05694 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

ALHOUKADOUR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) : 

**MUPRAS**  
15 OCT 2010

Le ...../...../.....

## 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
	22/09/99	IBN ROCHD Hôpital de Radiologie Service de Radiologie des Urgences	100000000

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a 3D helical structure, likely a protein backbone, oriented along a vertical axis. The structure is labeled with the letter 'H' at the top. Along the vertical axis, there are two rows of numbered circles: the top row contains '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7', '8' from top to bottom; the bottom row contains '8', '7', '6', '5', '4', '3', '2', '1' from top to bottom. The structure is labeled 'D' on the left and 'G' on the right, indicating a dihedral angle. At the bottom, the letter 'B' is centered below the helical structure.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

lit 5

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 07/08/2018

NE: 27378

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Rahma ABAJADLI

10% Nodine 30 ml : 8  
Dep x 35

20% Doliprane 5 g ff  
1 ff x 35

8% oeds Long gell : 1 gell demain

Dr. ECHNIN Jihad  
Neurochirurgie  
CHU Ibn Rochd

Hôpital sans Tabac  
 Fumer tue

 مستشفى بدون تدخين  
 التدخين يقتل

Casablanca, le : 07/08/18

## ORDONNANCE

Docteur : \_\_\_\_\_

Rahma Abaidi

- Age : 62 ans , Atols : DT<sub>2</sub> depuis 10 ans sous ADO .
- Patiente hospitalisée au service de neuro-chirurgie pour AVC hémorragique temporo-pariéetal Gauche avec à l'angio TDM un aspect discutant <sup>vasculaire</sup> <sub>sou vaso-</sub>spasme .
- Malade présente par ailleurs un déséquilibre glycémique ( des hyperglycémie ≈ 8,3 g/L 2,6 g/L )

⇒ Prière de faire une consultation



27/08/19

Rahma Abidhi

TDM cérébrale

Technique:

Acquisition hélicoïdale sans et avec injection de DDC

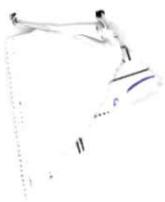
Résultat:

- Présence en paroi temporal gauche d'une formation kystique bien limitée, siège d'une zone spontanément hyperdense (55 UH), à paroi relevée après injection de DDC, mesurant 84 x 55 mm étendue sur 37 mm
- cette formation est entourée par un important édème périvasculaire en doigt de gant
- le tout exerçant un effet de masse sur le VL homolatéral avec engagement sous falcoriel.
- cisternes à la base libres
- FCP sans anomalie

du mal :

Aspect TDA d'un processus lymphoïde  
panché temporal gauche, siège de  
résements hémorragiques et responsable  
d'un engorgement sous falcoriel à confront  
au côté du bilan.

Dr Guetin - Dr Chabot



Ministère de la Santé  
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

tion :

le M :

amine de :

ATURE DE LA RECETTE

SOMME

3.7217 / 19

100 centimes

Total

1.2000

No 361506/19

le 2-9-

Signature du  
Régisseur et Cache