

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-425701

ND: 47839.



### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Merzouki Tdrissi Mohamed

Date de naissance :

09/03/1970

Adresse :

Tél. : 06 43 96 01 02

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	4/11/22	Voir Facture 1200,00 N° 125774/22	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																			
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>			H	26533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B			
	H	26533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B																		
	<b>Coefficient</b> <input type="text"/> <b>DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
	<b>MONTANTS</b> <input type="text"/> <b>DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
	<b>DATE DU</b> <input type="text"/> <b>DEVIS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DE</b> <input type="text"/> <b>L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																			



Casablanca, le : 24/11/2020

Mme nantouki iissi ned

Échoppler de membre  
inférieur

Centre International d'Oncologie  
de Casablanca  
Service Radiologie

Docteur Hassan TALIBI  
Anesthésie Réanimation  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
091164335

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca

Tél. : 0522 77 81 81

Fax : 0522 99 65 74

E-mail : [info@ciocasablanca.ma](mailto:info@ciocasablanca.ma)

Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)

AKDITAL  
Acteur de Santé

- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
- Echographie / Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

04/11/2020

PATIENT : **MERZOUKI IDRISI MOHAMED**  
PRESCRIPTEUR: **DR TALIBI HASSAN**

### **ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS**

#### **Au niveau du membre inférieur droit :**

Les veines iliaque externe, fémorale commune, fémorale superficielle, poplitée, et tibiale antérieure sont de calibre normal, perméables, et compressibles tout le long de leur trajet. Aspect tuméfié de la veine fibulaire, siège d'un matériel hypoéchogène hétérogène, sans flux individualisable en son sein.

#### **Au niveau du membre inférieur gauche :**

Veine iliaque externe perméable.  
Mise en évidence d'un thrombus endoluminal, étendu de la bifurcation de la veine fémorale commune jusqu'à la partie distale de la veine tibiale antérieure.  
Veine tibiale postérieure perméable.  
Réseau veineux superficiel perméable.

#### **CONCLUSION :**

**Aspect de thrombophlébite des deux membres inférieurs, localisée à droite au niveau de la veine fibulaire, et étendue à gauche de la veine fémorale superficielle à la veine tibiale antérieure.**

Merci de votre confiance.

**DR. EL KHOU K.**



Centre International d'Oncologie  
de Casablanca  
Service d'radiologie

# CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 04-11-2020

## Facture N° 15774/20

### A. Identification

N° Dossier : COC20K04125757

N° Identifiant : 011191

**Nom & Prénom : M. MERZOUKI IDRISI MOHAMED**

C.I.N : AB121933

Adresse : casablanca

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-11-2020

Date Sortie : 04-11-2020

Médecin traitant : DR . TALIBI HASSAN

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>1 200,00</b>

Cachet et Signature