

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **ologie 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.

## **que :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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 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



## **Déclaration de Maladie**

N° P19-

ND: 49878 0048968

ND: 49878

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 0878

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aminé Abdellatif

Date de naissance : 04 07 1942

Adresse : 444 7th Abdellatif Rue 269 n° 19 Casablanca

Tél. : ..... Total des frais engagés : 860 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : Hafidje

Age : 17-49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : Casablanca

Le : 09/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



### **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-048968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : 860 Dhs

Date de dépôt : .....

#### **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
	1001A			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	12/2020	87.6 Radiologie	100,00\$

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of numbers from 1 to 8, arranged in a pattern that forms a central peak. The grid is labeled with axes D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

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

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

## FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

Facture Examen Numéro : 17053

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN CHOCK

**Identification :**

Index Patient : **14112002-01-343031**

**Débiteur :**

PAYANT

N° Examen : **17507**

Nom et Prénom : **amine abdeslam**

CIN :

Adresse : **ain chok**

**Lien Parenté :**

**Nom et Prénom :**

**N°CIN :**

**Date :**

Date Examen : **01/12/2020**

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
Actes						
TÉLÉRADIOGRAPHIE DU THORAX, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE D'INCIDENCES, Y COMPRIS MÉDIASTIN ET COEUR (AVEC OU SANS OPACIFICATION DESOPHAGIENNE)	T205	Z	16,00	1,00	120,00	120,00
ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :					<b>Montant Total :</b>	<b>120,00</b>

**CENT VINGT DIRHAM(S)**

Montant payé: **120,00** Montant Total : **120,00**

Fait à Ain Chock le 01/12/2020  
13:45:01

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la santé  
Délégation Ain Chock  
Hôpital Mohamed Sekkat



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبيه عين الشق  
مستشفى محمد السادس

Ordonnance

01/12/2022

Abdeslam Amine

Rx Thonax



ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la santé  
Délégation Ain Chock  
Hôpital Mohamed Sekkat

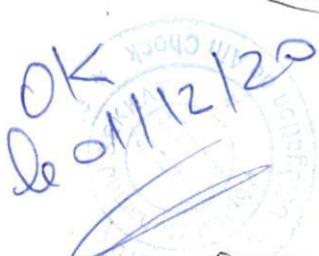


المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوية عن الشق  
سمو أمير محمد السادس

Ordonnance

01/12/2020

Anne Abdessalem



TDM thoracique





## FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

Facture Examen Numéro : 17064

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN CHOCK

Identification :

Débiteur :

Index Patient : 14112002-01-343031

PAYANT

N° Examen : 17518

Nom et Prénom : amine abdeslam

CIN :

Adresse : ain chok

Lien Parenté :

Date :

Nom et Prénom :

Date Examen : 01/12/2020

N°CIN :

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
Actes  ACTE DE SCANOGRAPHIE. L'EXAMEN EFFECTUÉ À L'AIDE D'UN APPAREIL DE TOMODENSITOMÉTRIE, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE DE COUPES NÉCESSAIRES, AVEC OU SANS INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE, D'UNE DES RÉGIONS ANATOMIQUES SUIVANTES: TÊTE; COU; THORAX; ABDOMEN; PELVIS; MEMBRES; RACHIS	TDM	Z	1,00	1,00	700,00	700,00
ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :						<b>Montant Total : 700,00</b>

SEPT CENTS DIRHAM(S)

Montant payé: 700,00

Montant Total : 700,00

Fait à Ain Chock le 01/12/2020  
14:19:33

Signature du responsable :

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
CHP MOHAMED SEKKAT  
AIN CHOCK CASABLANCA  
Service d'imagerie médicale

Nom, prénom : Amine Aloualou

Casa-Le : 01 - 12 - 2020



Post Covid

## TDM THORACIQUE

### Technique :

Acquisition hélicoïdale millimétrique sans injection de PDC.

Nettoyage du scanner à l'aide d'un détergent -désinfectant pour les surfaces au décours de la réalisation de l'examen, selon les recommandations des services d'hygiène.

### Résultats :

Anomalies évocatrices de la covid-19 :

Opacités en verre dépoli  oui  non

Aspect nodulaire  en plage

Condensations :  oui  non

Aspect : en bande/nodulaire

Crazy paving :  oui  non

Topographie lésionnelle globale :

Sous pleurale  mixte/centrale

Prédominance inférieure  oui  non

et postérieure

Etendue des anomalies :

Absent/minime (<10%)  Modérée (10 à 25%)

Etendue (25 à 50%) / Sévère (plus que 50%) / critique (plus que 75%)

Autres anomalies :

Epanchement pleural : oui  non

Adénopathie médiastinale : oui  non

Anomalie bronchique : oui  non

### Conclusion

- Scanner typique/compatible/non évocateur de COVID 19
- Atteinte minime/modérée/étendue/sévère/critique
- Absence d'anomalie parenchymateuse ce qui n'exclue pas une infection covid-19 dans les 3 premiers jours d'apparition des symptômes.

Cordialement

Dr. Farid

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE

HOPITAL ~~Seftia~~ VILLE .....

Reçu de M<sup>r</sup> ~~Adine Azzouz~~

La somme de ~~500000~~

Quittance N° 00626121/J

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<del>T.D.F</del>	<del>2</del>	
TOTAL		<del>200000</del>

Cachet du  
Service

Le 01/12/2024

Signature du  
Régisseur

**ROYAUME DU MAROC**  
**MINISTERE DE LA SANTE**

HOPITAL *Sekhna* VILLE *Gaza*

Reçu de M. *Adnane Abdesslam*

Quittance N° **00626117/J**

La somme de *376*

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<i>376</i>	<i>8</i>	
TOTAL		<i>12</i>

Cachet du Service

Le 21/12/20  
Signature du  
Régisseur

TAKKES istique

O