

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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.

Educational :

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.

Prothèse :

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 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° P19-0048967

ND: 49877

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0828 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : Amine Abdelham

Date de naissance : 01-07-42

Adresse : 49877 Abdelham Rue 2697/19 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2020

Nom et prénom du malade : ALI Fatiha Ezzou 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, compléter 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 : Casa Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048967

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 : 3000

Date de dépôt :

RELEVÉ 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

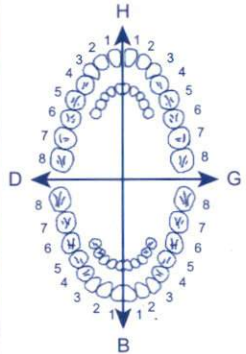
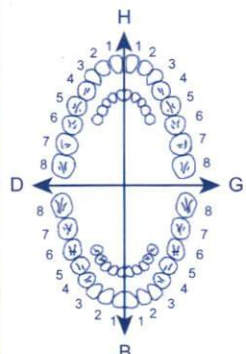
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

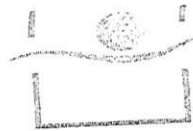
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX	

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



Nom, prénom : *Jahou Fatiha*
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 plaque

Condensations : oui non *Debutale*

Aspect : en bande/nodulaire

Crazy paving : oui non

Topographie lésionnelle globale :

Sous pleurale / mixte / centrale

Prédominance inférieure oui non

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. Fatiha



Ordonnance 011/21/20

Fahma Dhru

~~Bartho Axi~~

TDM Hw racepe





FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

Facture Examen Numéro : 17066

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN CHOCK

Identification :

Index Patient : 14112002-01-343064

N° Examen : 17520

Nom et Prénom : FATIMA DAHRI EPOUSE
AMINE

CIN :

Adresse : AC

Lien Parenté :

Nom et Prénom :

N°CIN :

Débiteur :

PAYANT

Date :

Date Examen : 01/12/2020

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
Montant Total :						700,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENTS DIRHAM(S)

Montant payé: 700,00

Montant Total : 700,00

Fait à Ain Chock le 01/12/2020
14:22:36

Signature du responsable :

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



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية عين الشق
مستشفى محمد السقاط

Ordonnance 01121222

Fatma Dahri

Rx Thorax





FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

Facture Examen Numéro : 17051

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN CHOCK

Identification :

Débiteur :

Index Patient : 14112002-01-343028

PAYANT

N° Examen : **17505**

Nom et Prénom : **dahri fatima**

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						
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 :			Montant Total :			120,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT VINGT DIRHAM(S)

Montant payé: 120,00

Montant Total : 120,00

Fait à Ain Chock le 01/12/2020
13:42:45

Signature du responsable :

Facture Etablie Par Personnel N° 89



ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE

HOPITAL Sakia VILLE Sakia

Reçu de M SAHRI / A

La somme de 20

Quittance N° **00626118/J**

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<u>876</u>	<u>20</u>	
TOTAL		<u>20</u>

Cachet du
Service

Le 01/11/20

Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

HOPITAL Schiss VILLE Asfi

Reçu de M daifi

La somme de 500

Quittance N° 00626122/J

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<u>T.D.M</u>	<u>20</u>	
TOTAL		<u>700</u>

Cachet du
Service

Le 27/12/20

Signature du
Régisseur