

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

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 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.

## 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



Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0878 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Amine Abdellah

Date de naissance : 01-07-42

Adresse : 11ay 114 Abdelkader Rue 269 9119 CASA

Tél. : Total des frais engagés : 320.00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2020

Nom et prénom du malade : JAHIR FATIMA EPOUSE : 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 : CASA Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

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 : 320.00

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

## 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
	01/07/2018	216000	120,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHÉRENT

\* 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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram illustrates a 3D grid structure with 8 layers. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the depth axis is labeled 'B' at the bottom. The grid is composed of small circles arranged in a grid pattern across all three dimensions. The layers are numbered 1 through 8, with layer 1 at the top and layer 8 at the bottom. The grid is centered at the origin (0,0,0).

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
CHP MOHAMED SEKKAT  
AIN CHOCK CASABLANCA

Service d'imagerie médicale  
Nom, prénom : *Jahra Faloué*  
Casa-Le : *01-12-2020*

post (avril)

## 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 *Debout à la tête*

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. Laouf*

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



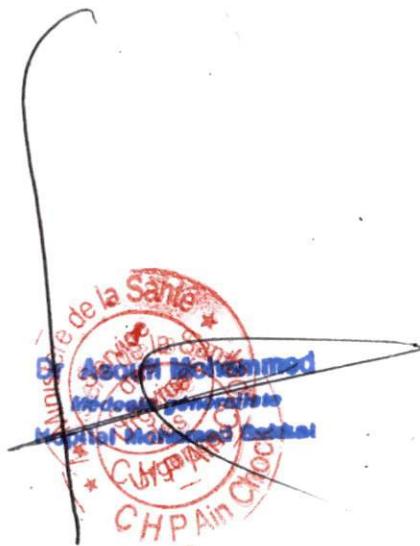
المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبيه عين الشق  
مستشفى محمد السادس

Ordonnance 01121200

Fahia Dhra

Rachida Ait Aissa

TDM Hôpital



## 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
ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :					<b>Montant Total :</b>	<b>700,00</b>

**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 :

Ministère de la santé  
Délégation Ain Chock  
Hôpital Mohamed Sekkat



المحكمة المختربة  
وزارة الصحة  
مندوبيه عين الشق  
مستشفى محمد السادس

Ordonnance

011121622

Fatma Dahri

Ra Thonad



## FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant : 001780002525150110152393

Facture Examen Numéro : 17051

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE AIN CHOKE

**Identification :**

Index Patient : **14112002-01-343028**

N° Examen : **17505**

Nom et Prénom : **dahri fatima**

CIN :

Adresse : **ain chok**

**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						
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>

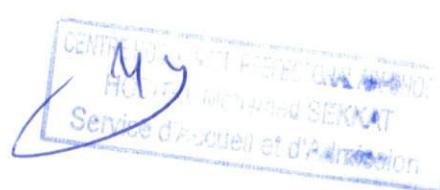
**CENT VINGT DIRHAM(S)**

**Montant payé: 120,00**

**Montant Total : 120,00**

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

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE

HOPITAL

VILLE

Reçu de M

Quittance N° 00626118/J

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
876	20	
TOTAL		Alay

Cachet du  
Service

Le 01/12/2020

Signature du  
Régisseur

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE

HOPITAL *S. M. S.* VILLE *Agadir*

Reçu de M. *Abdelkader* Quittance N°00626122/J

La somme de *50000*

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<i>T.D.M</i>	<i>20</i>	
TOTAL		<i>50000</i>

Cachet du  
Service

Le *20/11/83*

Signature du  
Régisseur