

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-681538

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10330

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bendaoud Khalid

AU 2463

Date de naissance :

22.11.1974

Adresse :

V

Tél. :

0662 12 58 58

Total des frais engagés :

600

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE : 091201061
GSM : 0661 14 74 41
Tél/Fax : 0522 25 25 26 - 0662 25 25 26
Res. Allal Ben Abdellah - Casablanca - 6ème Etage
Professeur M'hamed Oumilil
Docteur M'hamed Oumilil

Date de consultation :

Bendaoud Tahar - Zouhri

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

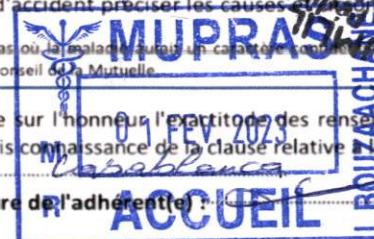
Enfant

Nature de la maladie :

Ailes

En cas d'accident préciser les causes :

Dans le cas où le malade aurait un caractère confidentiel, nous vous pionssons de nous communiquer un document confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

01 FEV 2023
Casablanca
ACCUEIL
I. BOUAHSSI

Le : 01/02/2023

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
5-1-23 Cr Edu			<i>Guy</i>	INP : <i>Mina OUMIHA</i> <i>Universitaire - Pédiatrie</i> <i>Université de Fès</i> <i>Université Hassan II</i> <i>16/07/2019</i>

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Reçus Tél/Fax : 03 88 00 00 00 Email : 03 88 00 00 00 Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborant(e) et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09/01/2015	27/01/2015	254	650 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

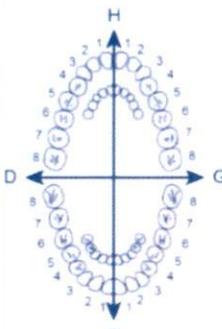
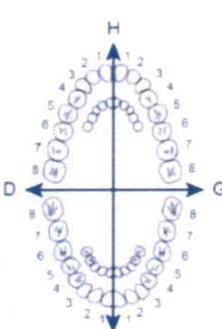
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

Radiologie Ksiyer

Docteur Mohamed KSIYER

Radiologue

Ex. Professeur de Radiologie

à la Faculté de médecine - Casablanca



الفحص بالأشعة قصیر

الدكتور محمد قصیر

أستاذ الفحص بالأشعة

محاضر سابق بكلية الطب

الدار البيضاء

Casablanca le 07 JANVIER 2023

Nom prénom du patient : FATIMA ZAHRAE BENDAOUD 13A
Nom du Médecin traitent : Pr. M. OUMLIL

Echographie Abdominale contrôle

Les reins sont de situation, de taille et de morphologie normales ;
ils présentent une bonne différenciation cortico-sinusale ;
Absence de dilatation des voies excrétrices.

Vessie sans anomalie pariétale ou endoluminale ;
Absence de résidu post mictionnel

Absence d'image lithiasique urinaire ;
Absence de dilatation urétérale ;

Au total :

Regression totale de l'abcès du rein droit
Actuellement Echographie ne montrant pas d'anomalie.

Confraternellement
Professeur Mohamed KSIYER

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في الطب الأطفال

كلية الطب و الصيدلة

ـ بالبيضاء

Casablanca, le الدار البيضاء، في
05 JAN 2023

beudououd foltimwZohwe

Absè du rœu et pouchoné
et laite

→ Echog. absoluë
de controlle

Professeur Mohamed KSIYER
Professeur RADIOLOGUE
Tél : 091157511

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Rés. Abrajes Abdelmoumen - Casablanca
Tél/Fax : 0522 25 25 26 / 06 97 34 04 19
Gsm : 0661 14 74 41
INPE : 091201061

Radiologie Ksiyer

Docteur Mohamed KSIYER

Radiologue

Ex. Professeur de Radiologie
à la Faculté de médecine - Casablanca



الفحص بالأشعة قصیر

الدكتور محمد قصیر

أمتداد الفحص بالأشعة

محاضر ملقيا بكلية الطب
الدار البيضاء

- Imagerie
Adultes et Enfants,

- Scanner
corps entier,

- Radiologie
numérique

- Echographie

Casablanca le 07 / 01 / 2023

Facture n°0079 / 01 / 2023

- Echo Doppler

Noms et prénoms : FATIMA ZAHRA BENDAOUD

- Ostéodensitométrie

Nature d'examen : ECHOGRAPHIE (Z 54).....

Montant : 600 DH Six Cents Dirhams

- Panoramique
dentaire

Mode de règlement : espèces

- Mammographie

- Imagerie
de la Femme

- IRM
sur Rendez-vous

Professeur Mohamed KSIYER
0911757577
radiologe.ksiyer@gmail.com