

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

- 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.

**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° P19-0039639

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05000 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : MOUHINE ABDELHAK
Date de naissance : 02.03.1961
Adresse : Habitué
email : abdelhak.01@live.fr
Tél. : 06.61.89.11.81 Total des frais engagés : 2200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/2/2023
Nom et prénom du malade : HANANE AICHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : la douleur intense dans la tête
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : (TDM FEBRILE)

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 : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
02/02/2023	C2		400,011	

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
02/02/2023	02/02/2023	TDM	1800

AUXILIAIRES MEDICAUX

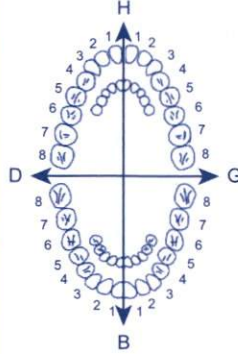
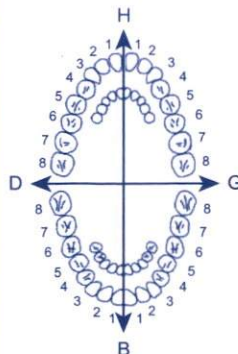
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



GHANDI CLINIC

CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel: 0522 36 74 05 / 0522 36 59 11

Casablanca, le :

2/02/2023

ORDONNANCE

HONORÉ Dr. H. A.

TOM CEREBRAL

Dr. EL OMARI Zakaria
Spécialiste en Anesthésie et Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel: 0522 36 74 05 / 0522 36 59 11

CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

محمدة غاندي
GHANDI CLINIC
RADIOLOGIE

F A C T U R E

N°584

2023

du

02/02/2023

Nom patient HANANE AICHA

Entrée

02/02/2023

Sortie

02/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

TDM CEREbraLE	1		1 800,00	1 800,00
			Sous-Total	1 800,00

Total Clinique	1 800,00
----------------	----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS DIRHAMS	Total 1 800,00
---	-------------------

CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11
0522360534

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي ، 20210 الدار البيضاء

+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 / 74 +212 522 39 09 73 +212 522 36 05 34

NOM : HANANE AICHA

02/02/2023

EXAMEN : **TDM CERVEAUE**

TECHNIQUE : acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstruction
Multi-planaires

RESULTAT : absence d'anomalie de densité parenchymateuse ; à l'étage sus
ou sous -tentorel

- Absence de foyer hémorragique
- Ligne médiane en place
- Système ventriculaire de morphologie normale
- FCP sans anomalie
- Citernes de la base libres

CONCLUSION :

-Absence d'anomalie cérébrale .

DR. KERROUF


CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11
051234001