

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-765179

A63403

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Ameur oum Keltâum

Date de naissance : 28/12/78

Adresse : 478, rue de Frébous CGR,

nelle route, Bourgogne

Tél. : 0662774273

Total des frais engagés : 100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/05/2023

Nom et prénom du malade : Gassasouss osman keltâum

Age: 44
 Enfan

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Aff. - Lupome

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 01/01/23

Signature de l'adhérent(e) : Elyyan

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/05/2023	Q + Ello A.Romsky	100 DH	INP: 091175703 Signature: Dr. Ello A.Romsky Date: 15/05/2023	Signature: Dr. Ello A.Romsky Date: 15/05/2023

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dyer Al Arquibous, CHA Rés. Dyer Al Arquibous, CHA N° 10, 3000 KSA Tel: 05 22 33 49 81 NIP: 092004524	18/05/23	397, 30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	D	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	2 1 4 3 3 5 5 2 0 0 0 0 0 0 0 0	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	3 4 5 6 7 8	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	3 5 5 3 3 4 1 1 1 1 4 3 3 5 5 3	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	B			
	H	D	G	
	2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	2 1 4 3 3 5 5 2 0 0 0 0 0 0 0 0	
	3 4 5 6 7 8	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	3 5 5 3 3 4 1 1 1 1 4 3 3 5 5 3	
	1 2 3 4 5 6 7 8	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Spécialiste en
Hépato-gastroenterologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Echographie Abdominale
Endoscopie Digestive



دكتورة لبنة زايد

أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
القولون و مراقبة امراض المدارج
الرئتين و المعدة
الامراض الوراثية

18/05/2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، المغرب

MME GUESSOUS OUM KELTOUM

COMPTE RENDU D' ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Indication : douleurs abdominales de l'hochondre droit

Echographe ECUBE 5

Opérateur : Dr L.ZAIDI

Foie de taille normale de contours réguliers et d'echostructure homogène sans lésions focales décelables.

La vésicule biliaire est non distendue , alithiasique à paroi fine.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extrahépatique.

TP de calibre normal

Aérocolie massive gênant l'exploration du pancréas et la recherche d'ADP profonde

La rate est de taille normale ,homogène.

Les deux reins sont de taille normale avec bonne différenciation corticomédullaire,sans dilatation des voies urinaires.

Absence d'épanchement péritoneal.

Conclusion :

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalies en dehors de l'aérocolie



Spécialiste en

Hépato-gastroenterologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Echographie Abdominale
Endoscopie Digestive

18/05/2023

اختصاصية في
أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
علاج و جراحة أمراض المخرج
الفحص باصدى
الفحص بالمنظار

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Facture

MME GUESSOUS OUM KELTOUM

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	200,00 Dh
Total	500,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
cinq cents dirham(s)

Loubna ZAIDI
Spécialiste en Hépatogastroenterologie
et Proctologie Médicale et Chirurgicale
Casablanca, le 18 Mai 2023
Mme Guessous Oum Keltoum

