

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.

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

M22- N° 002014

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société : 164000
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mechhour Bouazza
 Date de naissance : 1949
 Adresse : Res El Mameounia Imm 06 Appt 19, Taberquait Sale.
 Tél. : 06 23 39 51 99 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Ismail SASSENOU
 Spécialiste de Maladies de l'Appareil Digestif
 Imm.18, Appt.11, Av. Omar Al Khattab, Agdal - Rabat
 Fix: 05 37 77 13 91
 INPE: 101102390
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/05/2023
 Nom et prénom du malade : Mechhour Bouazza Age: 73
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colopatie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/5/2023 | Redo | | 800 | |
| 27/5/2023 | for lig | | 400 | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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

Docteur Ismaïl SASSENOU

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Professeur d'Enseignement Supérieur à la Faculté
de Médecine de Rabat
Ancien Médecin de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Med V



Code INPE : 101102390



الدكتور إسماعيل ساسنو

اختصاصي أمراض الجهاز الهضمي
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب - الرباط
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Rabat, le :

22/05/23

Medhour Bouazza

Rectosigmoidose

Docteur Ismaïl SASSENOU
Professeur de Médecine
Spécialiste de Maladies de l'Appareil Digestif
Imm.18, Appt.11, Av. Omar Al Khattab, Agdal - Rabat
Fix: 05 37 77 13 91
INPE 101102390

POLYCLINIQUE TEMARA

AV Allal Ben Abdellah Rue 4

Cité ANDALOUS TEMARA

TEMARA

.....
TEMARA

BILLET DE SORTIE

| | | |
|--|------------------------|--------------|
| Nom du patient : MECHHOUR BOUAZZA | | |
| Chambre : S/R G | | |
| Médecin traitant | SASSENOU.ISMAIL | |
| Prise en charge | PAYANT | |
| Date entrée | 27/05/2023 | |
| Date sortie | 27/05/2023 | 10:15 |
| | | |
| Le caissier | L'infirmier | Le major |
| | | |
| Billet de sortie établi par : ALI | | |
| 27/05/2023 11:21 | | |
| 23E270929 | | |



Le : 27/05/2023

Références

2 621 / PAYANT

Entrée / Sortie : 27/05/2023 - 27/05/2023

Le Dr. SASSENOU.ISMAIL

présente à Mr MECHHOUR BOUAZZA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800.00 Dhs HUIT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Docteur Ismail SASSENOU
Professeur de Médecine
Spécialiste de Maladies de l'Appareil Digestif
Imm.18, Appt.11, Av. Omar Al Khattab, Agdal - Rabat
Fix 05 37 77 13 91
INPE: 101102390

Cachet et signature

POLYCLINIQUE TEMARA

AV Allal Ben Abdellah Rue 4
Cité ANDALOUS TEMARA
TEMARA

F A C T U R E

N° 2 621 / 2023 du 27/05/2023

| | | | |
|-----------------|------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | MECHHOUR BOUAZZA | Entrée 27/05/2023 | Sortie 27/05/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| SALLE ENDOSCOPIE | 1.00 | | 329.00 | 329.00 |
| | | | Sous-Total | 329.00 |
| PHARMACIE | 1.00 | | 71.00 | 71.00 |
| | | | Sous-Total | 71.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 400.00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. SASSENOU.ISMAIL (gastro) | 1.00 | RECTO | 800.00 | 800.00 |
| | | | Sous-Total | 800.00 |
| Total prestations externes | | | | 800.00 |

| | | |
|---|---------------|----------|
| | Total général | 1 200.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| MILLE DEUX CENTS DIRHAMS | | |

| | | | | | | |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 1 200.00 | | | | 1 200.00 | 0.00 |

Polyclinique Temara
Av. Allal Ben Abdellah Rue Tolède
Cité Andalous Temara
Tél: 05 37 74 01 78/05 37 40 42 67
Accueil

ANNEXE PHARMACIE

| Nom patient MECHHOUR BOUAZZA | | N° Facture : | 2 621 | 23E270929 |
|-------------------------------------|----------|-----------------|--------------|-----------|
| Produit | Quantité | Prix Unitaire | Montant | |
| LIDOCAINE VIQUES 100g GEL (01) | 1 | 20.02 | 20.02 | |
| Sous-Total médicaments | | | 20.02 | |
| BLOUSE PATIENT (001) | 1 | 9.75 | 9.75 | |
| COMPRESSE 10x10/ (080) | 1 | 7.48 | 7.48 | |
| DOIGTIERS A 2 DOIGTS (100) | 2 | 0.15 | 0.30 | |
| GANT JETABLE (50) | 10 | 1.50 | 15.00 | |
| LUNETTES A O2 (001) | 1 | 6.00 | 6.00 | |
| OXYGEN. (060) | 15 | 0.83 | 12.45 | |
| Sous-Total consommable médical | | | 50.98 | |
| (*) Conditionnement hospitalier | | Total pharmacie | 71.00 | |


Polyclinique Témara
 Av. Abdel Ben Abdellah Rue Tolède
 Cité Andalous - Témara
 Tél: 05 37 74 00 78/05 37 40 42 67
Accueil



POLYCLINIQUE TEMARA

Témara, le

27/5/2023

Compte-rendu de Coloscopie courte de Mr Mechhour bouazza

Opérateur : Pr Sassenou Ismail

Inspection : Normale

TR : Normal

Préparation : Mauvaise

Progression : Jusqu'au transverse

Diverticules du sigmoïde

Pas de processus tumoral dans la limite de la préparation

Conclusion : Diverticules du sigmoïde.

Docteur Ismail SASSENOU
Professeur de Médecine
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Tém. 18, App. 11, Av. Omar Ibn Al Khatab, Agdal-Rab.
Tél : 05 37 77 13 91 / 05 37 77 13 92