

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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.

M23-004423

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	9878	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	264818
Nom & Prénom :		Q.AISSI ALI	
Date de naissance :		07/06/1975	
Adresse :		160 Rue n° 1 le AL MANTAF MZOLAS	
Tél. :	066 2 23 78 60	Total des frais engagés :	400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : QAISSI MALIKI NELIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : NEUROBLASTOME

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 : Casablanca Le : 17/06/2016

Signature de l'adhérent[e] :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
 NAFIS - Laboratoire et Imagerie Médicale 00262001200000 الصخيرات - المغرب www.nafis.ma	27/05/23	Rx ASP	200 DH
 NAFIS - Laboratoire et Imagerie Médicale 00262001200000 الصخيرات - المغرب www.nafis.ma	29/05/23	ASP	200 DH

AUXILIAIRES MÉDICAUX

LE GOUVERNEMENT DES ÉTATS-UNIS

Le praticien est prié d'indiquer la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth from 1 to 8 on both sides. The teeth are represented by small circles with numbers. The diagram includes directional labels: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 29-05-2023

PATIENT : QAISSI MALIKA NELIA

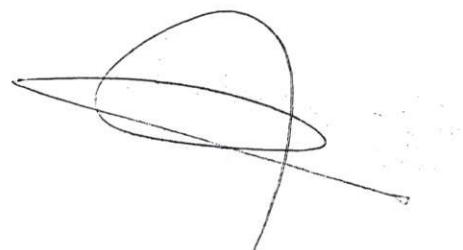
MEDECIN TRAITANT : PR ZAFAD Saadia

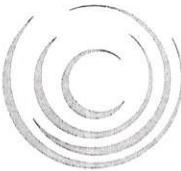
ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)

RESULTATS :

- Absence de visualisation de NHA ce jour.
- Répartition harmonieuse des clartés gazeuses.
- Pas de signe croissant gazeux.
- Pas d'anomalie osseuse évidente.

Merci de votre confiance
Dr BELAAROUSSI





CASABLANCA, le 27/05/2023

PATIENT: QAISSI MALIKA NELIA

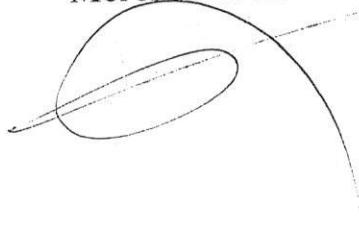
MEDECIN TRAITANT: PR ZAFAD Saadia

ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)

RESULTATS :

- Présence au niveau de la fosse iliaque droite d'un niveau hydroaérique en amont d'une stase stercorale: à confronter au reste du bilan.
- Pas de signe croissant gazeux.
- Pas d'anomalie osseuse évidente.

Merci de votre confiance





الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée

Hématologie Clinique

Adultes-Enfants

Oncologie pédiatrique

Greffé de Moelle

Casablanca, le

2915123

Cassi Malika Nelic

ASP

debent

face

1

Secretariat de l'Institut de Radiologie et d'Oncologie Clinique Al Medina
Casablanca - Tél: 0 522 77 77 40 à 47 - GSM: 0 662 54 23 07 - Email: secretariat@therapie-medina.com



FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	29/05/2023
DATE EXAMEN	29/05/2023

QAISSI MALIKA NELIA

Désignation	Montant
ABDOMEN SANS PRÉPARATION (ASP)	200,00
TOTAL	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX CENTS DHS

IBN NAFIS ابن النفيس
التصوير الطبي والأشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030

✓✓✓
✓✓



Qaisi malika Nelia

ASP

Demande ou adresse de
face

0522 77 77 49 / 0522 25 00 01
Clinique Al Madina
T. Saadia ZAFAL
Institut de Diététique

SAFANA
Centre de Santé et de Réadaptation
Officiale
00262 0012000030

FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	27/05/2023
DATE EXAMEN	27/05/2023

QAISSI MALIKA NELIA

Désignation	Montant
ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)	200,00
<u>TOTAL</u>	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **DEUX CENTS DHS**

