

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.

N° W19-417030

165825

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 5529	Société : RATH	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MIRHIZER Saïd		
Date de naissance : 20/10/1964		
Adresse : Rue Bachir Laâbi B. Prestige CTS 5 Apt 14 Qu Famille française		
Tél. : 0668133603	Total des frais engagés : 200 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	Dr. RAHIM BRAHIM Médecin
Cachet du médecin	Hôpital Bouskoura
Date de consultation : 05/06/2023	Age:
Nom et prénom du malade :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Lien de parenté :	
Nature de la maladie : Thrombose	
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
Signature de l'adhérent(e) : S.A.H



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
21/07/2019	Consultation	1	10000	INP : 02000000716 Dr. RACHID ZRAHIM Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES Hospital

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	De Proximité Bouskoura Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Demandeur et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/06/83	213	200,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

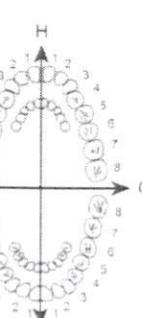
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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 de l'ODF

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 08/06/2023

Facture N° 1975/2023

Nom patient : MIRHZER SAID

Examen(s) réalisé(s) :
THORAX OSSEUX FACE:

Montant : 200 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation de Nouaceur
Centre Hospitalier
Provincial de Nouaceur
Hôpital de Proximité - Bouskoura



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
الدار البيضاء ١٠٥٤٨٩٨٢
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
منوبيبة التواص�
المركز الاستشفائي الإقليمي التواصري
مستشفى القرب - بوسكورة

CACHET DU MEDECIN

ORDONNANCE

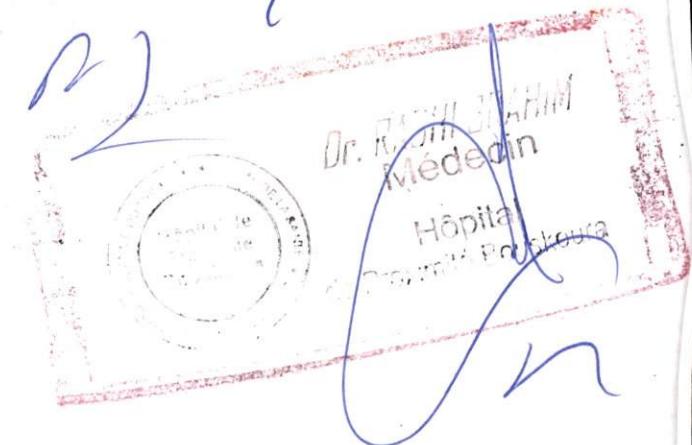
A le, 05/04/1993

MIRHIER SAID



Dr. MIRHIER SAID

RD Hmz (P)





IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca, le 08/06/2023

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient, **MIRHZER SAID**

RX THORAX OSSEUX FACE

Absence de lésion osseuse traumatique visible.

Légère scoliose dorso-lombaire à convexité droite.

Arthrose dorsale.

Pour les images, utilisez le lien : <http://sebta.ath.cx:8081/images/>
Login : 135725 Mot de Passe : 82530

