

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1310 Société : PAAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mermisir Aya bte 313

Date de naissance :

16/11/1951

Adresse :

Tél. : 0661410077 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : BOUTI FATHA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de l'appareil digestif

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Pathologie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

18 AOUT 2013

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 : 18 AOUT 2013 Casablanca. Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

N. SLM

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
 PHARMACIE YASMINE 1, Bd. Sidi Abdellah Ben Hana CASABLANCA 05 22 36 54 72 N°INPE 092057654	03/08/23	2935,00

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
		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.

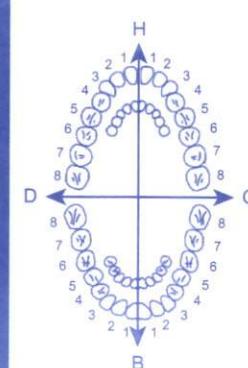
Important

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

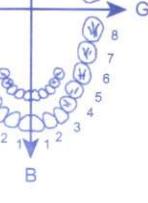
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



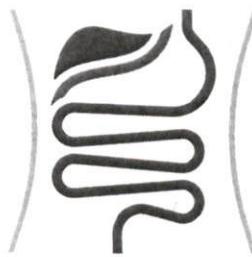
(Création, remont, adjonction)

<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;">  </p>	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RABIA BENCHEROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas

الدكتورة ربيعة بنشرoron

اخصائية في أمراض الكبد،
الجهاز الهضمي والبنكرياس

Mme BOUTI FATIHA

Casablanca, le 06/06/2022

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

CLINIQUE :

patiente âgée de 69 ans; ATCD : maladie de Crohn + DNID. Aucun ttt depuis 2015 avec persistance diarrhée liquidiennne + douleurs abdominales.

EXAMEN réalisé avec l'échographe ARIETTA 50 de Fuji Film Hitachi, par sonde abdominale convexe de basse fréquence (2-5 MHz).

FOIE : taille normale, échostructure homogène, contours réguliers.

TRONC PORTE et ses branches : calibre normal : perméables et de sens physiologique.

voie BILIAIRE PRINCIPALE : calibre normal; VOIES BILIAIRES INTRAHEPATIQUES : fines, non dilatées.

VEINES HEPATIQUES : calibre normal, perméables, bien modulées au doppler pulsé.

VESICULE BILIAIRE : volume normal, bien remplie, à contenu transonique, à paroi fine, ne contenant pas de calcul (s).

RATE : taille normale (13 cm de grand axe), les 2 faces sont d'aspect normal (face diaphragmatique costale arrondie et face interne concave à bord crénélée), échostructure homogène, contours réguliers.

PANCREAS : bien exploré, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers ; canal de Wirsung et cholédoque non dilatés.

REINS DROIT et GAUCHE : situés dans les fosses lombaires, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers; absence de dilatation pyélo-calicielle; bonne différenciation cortico-médullaire; pas de calcul(s) visible(s).

ABSENCE d'ADP profondes

ABSENCE d'épanchement intra-péritonéal

CONCLUSION :

Echographie abdominale normale.

DOCTEUR RABIA BENCHEROUN
 الدَّكْتُورَةُ رَبِيعَةُ بَنْشَرُونَ
 Spécialiste des Maladies du Foie,
 Tube Digestif et Pancréas - Proctologie
 554, Bd. Goulimima, Etage 1 N° 1 - Bourgogne - Casablanca
 bencheroungastro@gmail.com - 05 22 430 363 / 06 64 292 293

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ... 6 ... 18 ... 2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *DR RABIA BENCHOURA*

Estime quel l'état de santé de Mlle, Mme, M. *BOUAFI Fathia*

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Présente une maladie inflammatoire chronique de l'intestin = Maladie de Crohn

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

*Diagnostic basé sur l'histologie du biopsie colique +
Coloscopie préalable.*

Elle est candidate à un H1 par HUMIRA infection à la uréne

Cachet, date et signature du praticien

DOCTEUR RABIA BENCHOURA
دكتور رابية بنشرورة
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et Pancreatique - Praticien
Tube Digestif et Pancreatique - 10000 Casablanca
555, Bd. Gouraud, Casablanca - 10000 Casablanca - 0522 430 363 / 06 04 292 243
bencheroua.rabia@gmail.com

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



PHARMACIE YASMINE

207 Bd Sidi Abderrahman Hay El Hana

R.C : 150542

Patente: 34810518

T.V.A :

C.N.S.S: 7152755

Tél : 022 36 54 72

Le 03/08/2023

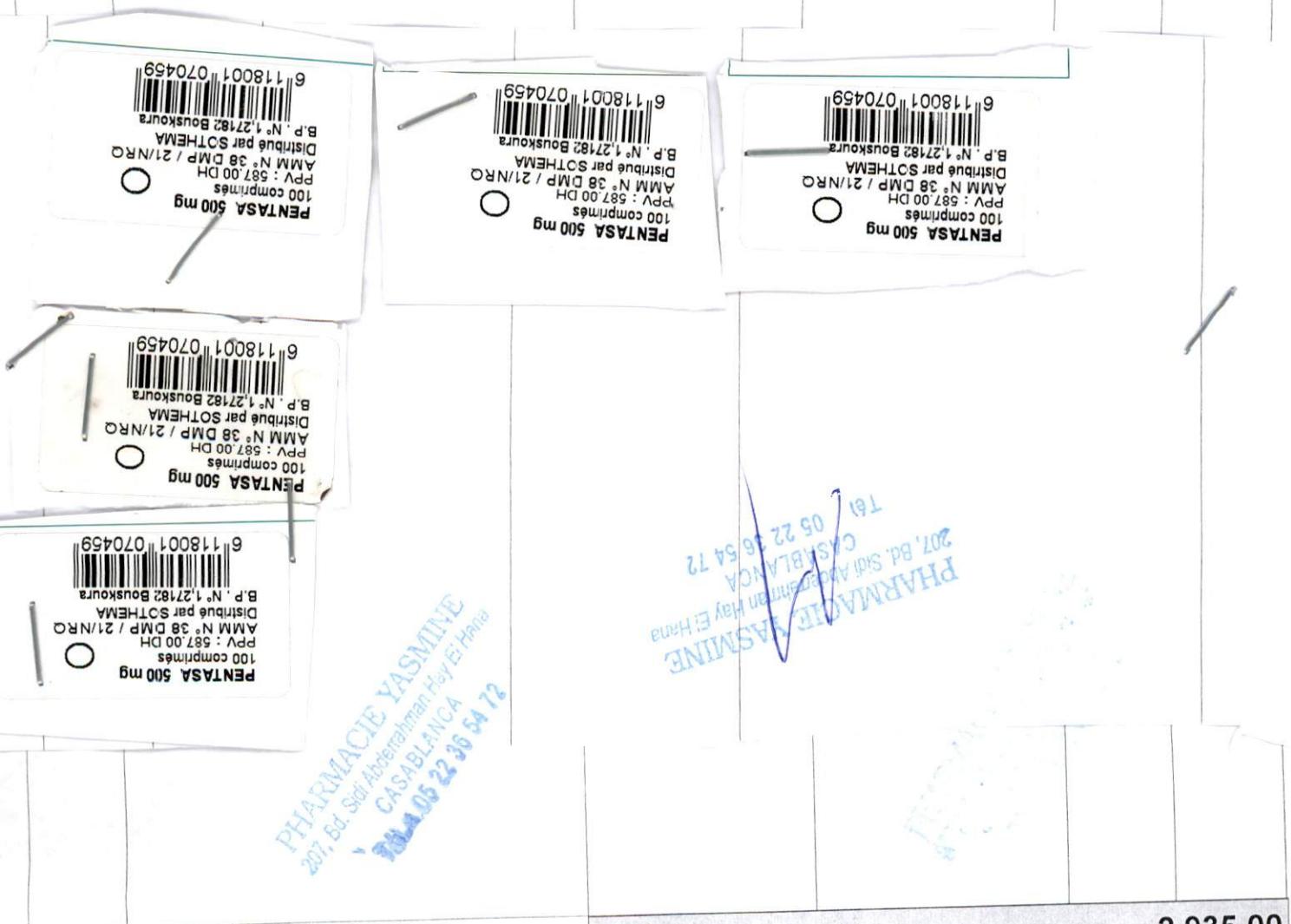
FACTURE N°309549

N° ICE : 001596583000029

N° IF : 51330009

MME BOUTI FATIHA EP MERNISSI

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
5	PENTASA	587,00	2 935,00	192,01	7,00



TOTAL T.T.C :

2 935,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	2 935,00	Montant	
		192,01	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Deux Mille Neuf Cent Trente Cinq Dirhams.