

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-813695

17387

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

11082

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHMANI MOHAMED

Date de naissance :

29/07/1978

Adresse :

165 BD La girouette CASABLANCA

Tél. : 0687865048 Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

DAHMANI MOHAMED

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :



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) :

Le : 30/08/2023



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
26-8-23	C+Rx auxiliaires dentaires			INP 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

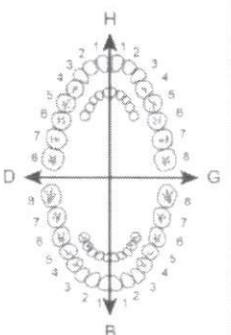
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/8/23	ANALYSES	20

AUXILIAIRES MEDICAUX

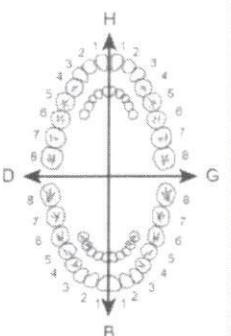
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	2553412	21433652
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الفحص بالأشعة في المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 29/08/2023

Facture N° 2808/2023

Dr. N. BENNANI

Nom patient : DAHMANI AHMED

Dr. Y. BOUZIDI

Examen(s) réalisé(s) :

THORAX DE FACE

Montant : deux cents (200 DH)

Dr. M.Z. CHAOUI

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DHS

Dr. T. TAIFOUR

RÉSIDENCE PASTEUR

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER,
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE,
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

hs

Casablanca , le 29/08/2023

Patient : **DAHMANI AHMED**

Examen réalisé : **THORAX DE FACE**

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

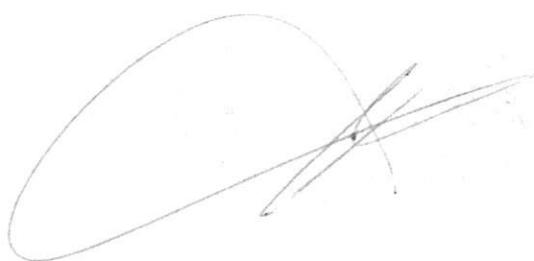
Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Résultats :

- Le contrôle ce jour montre une régression quasi-complète par rapport à l'examen du 23/08/2023 des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales à prédominance lobaire supérieure.
- La silhouette cardio-médiastinale paraît normale.
- Culs de sac pleuraux libres.

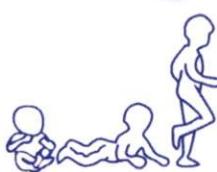
Signé : **Dr CHAOUI R.M.Z**



Docteur Mina OUMLIL

Professeur en Pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال
كلية الطب والصيدلة
بالبيضاء

Casablanca le 26 Aout 2023 الدار البيضاء في

Dolmeni Shmeb

Tulholme de poduit wloble
avec att. alred bilot

Rx pulie fo
controle

Dr. Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
Rue Dr. Mabrouk - Casablanca
Tél : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
Abrajez Rue Place Champs Nicols
250, Bd. Abdelloumen 1er Etage
Res. Abrajez Abdelloumen - Casa
Tél/Fax : 05 22 25 25 26 - 06 97 34 04 19
Gsm : 066 14 24 41
INPE : 09 12 01 06 1

De Consultation Samedi Matin

250, Bd. Abdelloumen Résidence Abrajes Abdelloumen 1er Etage
(entre Bd. My Idriss 1er & Bd. Anoual) - Tél./Fax : 05 22 25 25 26 / 05 22 25 27
E-mail : oumlilmina@gmail.com / minaoumlil@hotmail.fr - Urgence GSM : 06 61 14 74 41