

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0015057

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1711

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANIF

Hassan

Date de naissance :

07/04/2004

Adresse :

Habiba P

Tél. :

06 68 95 42 91

Total des frais engagés :

500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FARKI Mina
MEDECIN
Centre Régional
de Transfusion Sanguine
Casablanca

Date de consultation :

22/08/23

Nom et prénom du malade :

HANIF

Age : 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

douleurs pelviennes

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 :

DR

OB SEP. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

Le : 06/09/2023

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/08/23	C		10300	<i>Dr. FARKI Mina MEDECIN Centre Régional de Transfusion Sanguine Casablanca</i>

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
	22/08/23	10300	5500

AUXILIAIRES MEDICAUX

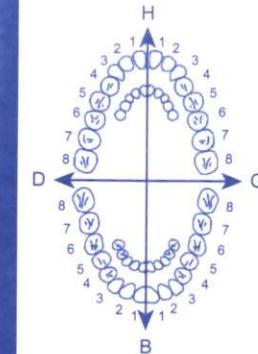
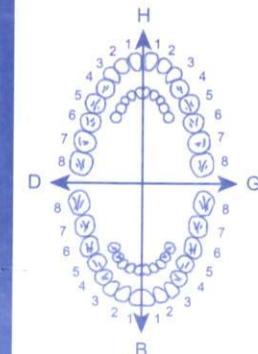
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
DEBUT D'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
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	

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

CENTRE RÉGIONAL
DE TRANSFUSION SANGUINE



المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الجهوي
لتحاقن الدم

ORDONNANCE

22/08/23

HANIF MAHA

Douleurs pelviennes.
Echographie pelvienne.



DR. FARKI M.
MEDECIN
Centre Régional
de Transfusion Sanguine
Casablanca

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 22/08/2023

Facture N° 2697/2023

Nom patient : HANIF MAILA

Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE PELVIENNE:

Montant : 500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES



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

Casablanca, le 22/08/2023

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente, **HANIF MAHA**

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Vessie sans anomalie pariétale ou endoluminale.

Utérus de volume normal homogène de contours réguliers.

Ligne de vacuité fine et médiane.

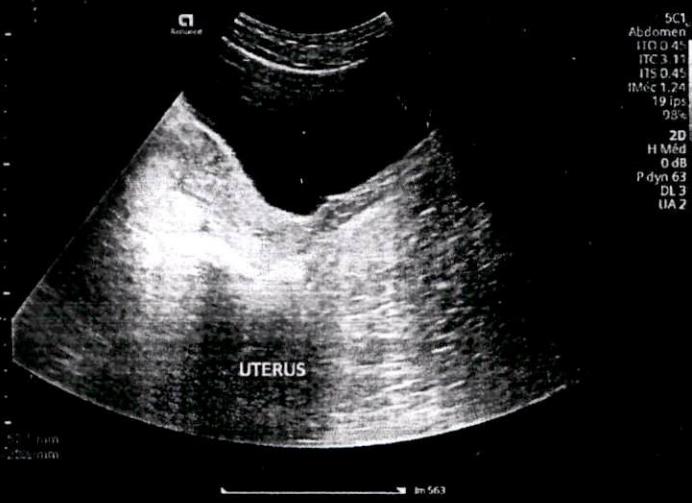
Ovaires d'aspect normal, siège de multiples kystes folliculaires.

Absence de formation pelvienne anormale décelable.

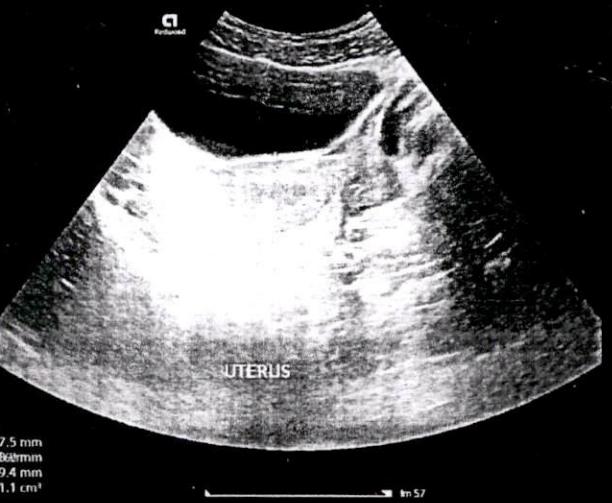
Conclusion :

Examen échographique ne montrant pas d'anomalie.

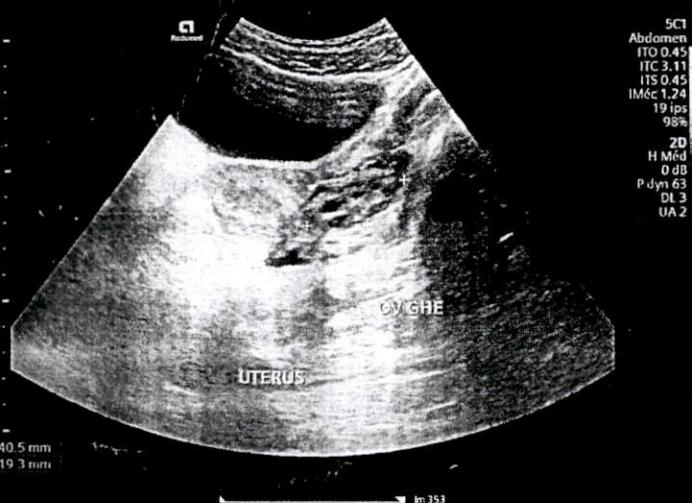




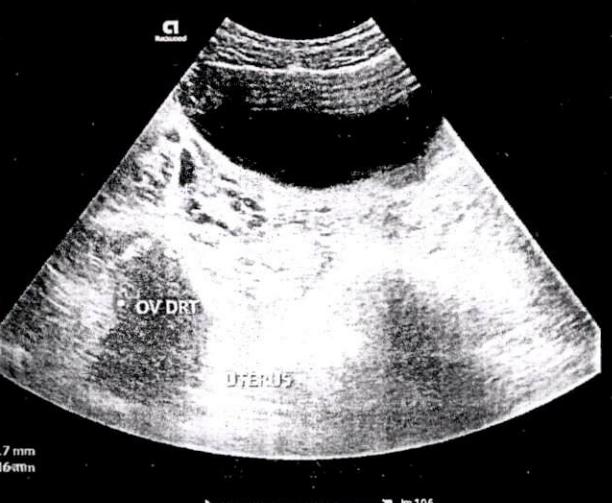
HANIF MAHA
83512
2023.08.22 11:07:21



HANIF MAHA
83512
2023.08.22 11:07:33



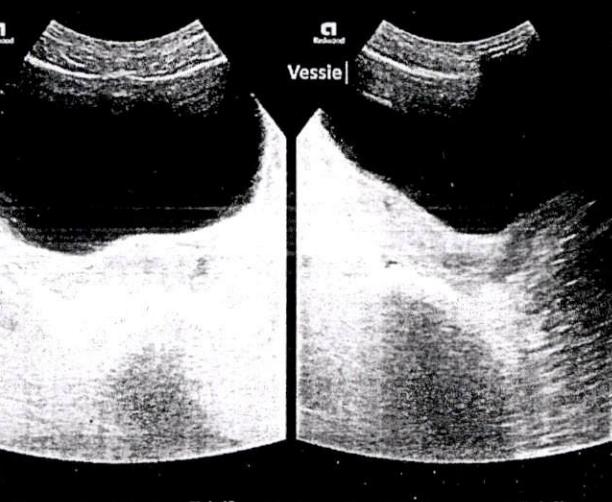
HANIF MAHA
83512
2023.08.22 11:09:16



HANIF MAHA
83512
2023.08.22 11:10:00



HANIF MAHA
83512
2023.08.22 11:10:23



HANIF MAHA
83512
2023.08.22 11:10:56