

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 tous les 6 mois.

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHATOUI Bouchta

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : Ain chock Ard El Kheir Rue 8 N° 9

CASABLANCA

Tél. : 06.04.8052.07 Total des frais engagés : 1498,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BIoubida Rachida
Hépato Gastro Entérologie Pneumologie
Rés Ryad Al Qods, GH 03, Immeuble 1
2ème Etage, N° 3, Bd Al Qods / Angle
Bd Haïfa), Ain Chock - Casablanca
Tel: 0322 52 36 36 / 06 13 13 00 16

Date de consultation : 29/02/2024

Nom et prénom du malade : EL HACHIMI Halima Age: 68ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome dyspeptique

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 : 29/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

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		
29/02/24 Ces			300,00	Dr QUDS Hépato Gastro Rés Ryad Al Quds 2ème Etage Bd Harjat Al Quds Tél: 0522 52 30 36 / 06 13 INPE: 091047506		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
<i>(Signature)</i>	29/02/2024	848,00				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires			
<i>(Signature)</i>	29/02/24 Echo		350,00			
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'ODF.															
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION			<input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>												
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B		
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D														
	G														
	B														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>												
DATE DU DEVIS			<input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION			<input type="text"/>												

DR. Rachida OUBIDA

Hépato gastro-entérologie-proctologie
Echographie digestive
endoscopie digestive
Diplômé de la faculté de
Médecine de Rabat
Ex medecin à l'hôpital
Mansour - Bernoussi



الدكتورة رشيدة عبيدة

اختصاصية في أمراض الكبد والمعدة
الأمعاء والشرج
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار
خريجة كلية الطب بالرياض
طبية اختصاصية بمستشفى منصور
البرنووصي سابقًا

الدار البيضاء في Casablanca, le

29/02/2024

Mme EL HACHIMI Halima

NOTE D'HONORAIRE

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	350,00
Total :	650,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Résidence Riyad Al Qods
Immeuble 1 : 2ème étage N°3
Bd. Al Qods
(Angle Boulevard Haifa)

05 22 52 36 36
06 13 13 00 16

إقامة رياض القدس
العمراء 1 الطابق 2 رقم 3
شارع القدس
تقاطع شارع حيفاء

Docteur Rachida OUBIDA

Spécialité en hépato-gastro-entérologie

(Maladies du foie, estomac, intestin)

Echographie-Endoscopie digestive

Proctologie médicale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex Médecin Hopital Mansour Sidi Bernoussi Casablanca

Casablanca, le 29/02/2024

Echographie abdominale

Mme EL HACHIMI Halima

Indication

DOULEUR ABDOMINALE

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers

Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.

LIT VESICULAIRE LIBRE

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancréas de taille ET d'échostructure normales tête et corps.

Rate de taille normale

Reins de taille normale bien différenciés siège à droite d'un kyste polaire sup de 10.12/9.65

Conclusion

GROS KYSTE RENAL DROIT

CHOLECYSTECTOMIE

*Dr OUBIDA BACHIDA
Hépato Gastro Entérologue Proctologue
Rés Riyad Al Qods, 2ème étg. CH 03, Immeuble 1
2ème étage, N° 3, Bd Al Qods (Angle
Bd Haifa), Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16*

Rapport image ultrason.

Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

29022024-111158
EL HACHIMI, HALIMA

Exam

N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

29-02-2024

