

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

- 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.

M23-004429

202320 Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9874 Société : RAR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QAÏSS ALI

Date de naissance : 07/06/1975

Adresse : 169 route N° 1 Le Hamdani

Tél. : 066224210 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/04/2019

Nom et prénom du malade : QAÏSS MAÏKA NELLA Age : 02a

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NEUROBLASTOME

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 : 17/04/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/04/24	R a + 20m	7200 dt

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Sdins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D** (Upper Left Quadrant): Teeth 1 through 8.
- G** (Lower Left Quadrant): Teeth 9 through 16.
- H** (Upper Right Quadrant): Teeth 17 through 24.
- B** (Lower Right Quadrant): Teeth 25 through 28.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

RDV le
23/04/2024
à 08h30
Casablanca, Maroc
avril 2024

الدكتورة السعيدية زفاص

أستاذة مبرزه
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زيارة النخاع

QAISSI Malika Nelia

Patiante suivie pour neuroblastome médiastinal avec rémission complète.

Rx poumon de face

Dr Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
GSM: 06 62 54 23 07
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tel: 052287...81 - Fax: 052287...82

ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
GSM: 06 62 54 23 07

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 16/04/2024

NOM: QAISSI MALIKA NELIA

RADIO THORAX AU LIT

Absence d'anomalie parenchymateuse d'allure évolutive.

Absence d'élargissement médiastinal.

Culs de sac pleuraux libres.

Répartition normale des clartés digestives.



Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 16/04/2024

Facture N° 2188/24

Etablie par BOUCHRA ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X4D166602

MUPRAS

N° Identifiant : 23032943/23

Nom & Prénom : QAISSI MALIKA NELIA

C.I.N. : M258842

Date Début : 16/04/2024

Date Fin : 16/04/2024

Adresse : CASA

Traitemen : Consultation

Médecin : MIYARA KHADIJA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

IMAGERIE MEDICALE					
Rx thorax face	1	200,00			200,00
					Total Rubrique : 200,00
PARTIE CLINIQUE :					200,00
					TOTAL FACTURE 200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

Cachet et signature

