

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-425679

43035

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10304	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Herzouaki Idrissi Rehamed</i>			
Date de naissance : <i>09/03/1970</i>			
Adresse : <i>N 67 mls B bldc 17 Résidence Chabab Ame Sebae Casablanca</i>			
Tél. :	06 43 96 01 02	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

J. H. Abdellah

Le : / /

06/03/2010

MUPRAS

06/03/2010

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachez et signez du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/10/20	TDM Radiologie	1500,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE

BELEVE 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Service d'Oncologie Médicale
S.O.M.I.N.O

Rabat, le 02-10-2020

A Chef de Service :
Pr ERRIHANI Hassan

M. Merzouki Idrissi Mohamed

Professeur :
Pr MRABTI Hind

Pr agrégés :
Pr BOUTAYEB Saber
Pr ELGHISSASSI Ibrahim

Spécialistes :
Dr ABAHSSAIN Halima
Dr NACIRI Sarah
Dr INGHAOUEN Hanane
Dr MOKRIM Maha
Dr ZAKOURI Fatma Zahra
Dr LKHOYAALI Siham
Dr LANAAZ Saad

1. TDM Thoracique

Patient de 50 ans, présentant des métastases hépatiques de primitif inconnu. Une TDM thoracique est souhaitable dans le cadre du bilan d'extension

Dr. MRABTI Hind
Professeur d'Oncologie
Spécialiste en Médecine Médicale
INO, CHU Rabat - Sidi



Dr NCIRI Mohamed Rachid

Spécialiste en imagerie médicale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux

الدكتور النصيري محمد رشيد

اختصاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب ببوردو

SCANNER MULTI BARRETTES-IRM-DENTASCANNE-PANORAMIQUE DENTAIRE-RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ÉCHOGRAPHIE-ÉCHO-TOPOGRAPHIE

Casablanca, le 03/10/2020

PATIENT

: MERZOUKI IDRISI MOHAMED

MEDECIN TRAITANT

: DR.MRABTI HIND

EXAMEN(S) REALISE(S) :

TDM THORACIQUE :

Technique :

Examen réalisé en acquisition hélicoïdale après injection de PDC.

Résultat :

- Le parenchyme pulmonaire est de densité homogène sans lésion nodulaire ou diffuse.
- En fenêtre médiastinale, il n'est pas mis en évidence de masse ou d'adénopathie.
- Aspect morphologique normal des structures vasculaires.
- Absence de lésion osseuse costale ou vertébrale.

CONCLUSION :

TDM thoracique sans anomalie notable

DR.NCIRI
11/12 Bd Mohamed Al Baamrani
Ain Sebaâ Casablanca
0522754525 / Fax: 0522754524
Dr NCIRI Mohamed Rachid
RADILOGIE CASA NORD



Radiologie Casa Nord

فحص الأشعة كازا نور



Dr NCIRI Mohamed Rachid

Spécialiste en imagerie médicale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux

الدكتور النصيري محمد رشيد
اختصاصي في الفحص بالأشعة
خريج كلية الطب ببوردو

SCANNER MULTI BARRETTES-IRM-DENTASCANNE-PANORAMIQUE DENTAIRE-RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ÉCHOGRAPHIE DOPPLER-MAMMOGRAPHIE

FACTURE N°01960/2020

Casablanca, le 03/10/2020

Nom patient : **MERZOUKI IDRISI MOHAMED**

Examen(s) réalisé(s) :

TDM THORACIQUE

Montant : **mille cinq cents (1500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE :
MILLE CINQ CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

DR NCIRI Mohamed Al BAAMRANI
RADIOLoGIE CASA NORD
11/12 Bd Mohamed Al BAAMRANI
Casablanca
Tél: 0522 754525 /Fax: 0522 754524
I.F : 42020945 - C.N.S.S : 6870332 - I.C.E : 001872053000008
www.radiologicasanord.com