

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.

éducation :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 045031

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricole : 000 5365Société : RAM Actif Pensionné(e) Autre : VVENom & Prénom : BABAS SINE FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : clinique IBN ZOHR berrechia

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : zabto

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
07.07.2021	C	=	400 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/7/2024	Diagnose Abdomen	500 (HT)

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'ORL.

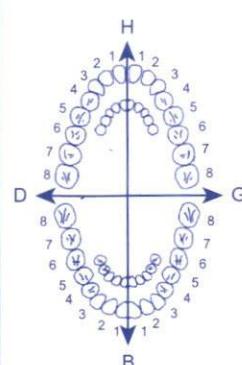
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
-----	-----
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE IBN ZOHR



جامعة ابن زهر

Clinique
46, Lot. 2

RECU DE VERSEMENT

✓

DATE : 02/02/2020

Nom et prénom : Bassine FAÏYAT

Prestations : Consultation - Abdominal

Honoraires : 400 + 500 DA

N° de téléphone : 06-72 18 42 41

Nom assurance ou mutuelle : Mutualiste

Medecin : Dr Yasser

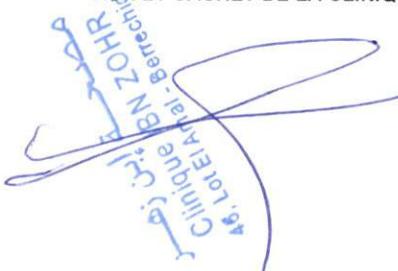
CIN : 5586809

Clinique IBN ZOHR
46, Lot. El Amal - Saffachid

Berrechid le :

CLINIQUE IBN ZOHR		Organisme gestionnaire d'assurance maladie			
INPE	600662718	MUPRAS			
Médecin traitant:					
FACTURE					
Assuré		E55680944014			
Nom et prénom	BASSINE FATIMA	Nom et prénom : BASSINE FATIIMA Assurée			
N°CIN:	E556809	N°CIN: E556809 Conjoint			
DATE D'ENTREE	02/07/2020	Diagnostic			
PARTIE CLINIQUE					
Frais de séjour		Nombre jours	PU	Total	
Séjour normal					
Réanimation					
Réa. néo natale					
Soins intensifs					
Couveuse					
Prestation		coef	PU	Total	
Bloc opératoire					
PLATRE					
kyste sébace du sourcil droite					
Fourniture			PU	Total	
Pharmacie médicale					
LAVAGE GASTRIQUE					
ECG					
osteo synthese					
Exploration		Qté	PU	Total	
GRIL COSTAL					
ECHOGRAPHIE ABDOMINAL	1	500,00	500,00		
SCANNER MASSIF FACIAL					
UROSCANNER					
TOTAL CLINIQUE			500,00		
HONORAIRES DES PRESTATIONS			Qté	PU	Total
Visite médicale [GASTRO]	1	400	400,00		
Surveillance en réanimation				0,00	
Surveillance en soins intensifs				0,00	
Surveillance en chambre médicale				0,00	
Actes chirurgicaux				0,00	
Actes Anesthésie -Réanimation				0,00	
Visite Spécialiste				0,00	
TOTAL HONORAIRES DES PRESTATIONS			400,00		
			TOTAL GENERAL		
Arrêté la présente facture à la somme totale de (en Dirhams et en toutes lettres)		NEUF CENT DH			
PAYER PAR					

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE



Berrechid le : 02/07/2020

NOM & PRENOM

: BASSINE FATIMA

EXAMEN

: ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

COMPTE RENDU*Cher confrère,*

Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTAT :

Hernies étagées ombilicale et de la paroi abdominale antérieure sus ombilicale à contenu graisseux sans signes de complications.

Foie de taille normale ($FH=135,5$ mm), de contours réguliers et d'échostructure homogène sans lésion focale décelable.

Loge de cholécystectomie libre.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Tronc porte et veines sus hépatiques perméables et de calibre normal.

Reins en position lombaire habituelle de taille normale et de contours réguliers.

Bonne différenciation parenchymo-sinusale.

Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.

Absence d'image d'obstacle visualisé au niveau des voies urinaires excrétrices.

Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.

Vessie en semi réplétion sans anomalies pariétale ou endoluminale décelables.

Absence d'adénomégalie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

À signaler une aérocolie abdominale diffuse.

AU TOTAL :

Hernies étagées ombilicale et de la paroi abdominale antérieure sus ombilicale à contenu graisseux sans signes de complications.

Aérocolie abdominale diffuse.

Le reste de l'examen échographique est sans particularité.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Dr. ABOUJADALLAH Nawfal
الدكتور نواف أبو جادل
Médéric Radiologue
Clinique Ibn Zohr
Berrechid

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25 16:23:5

6C2
Abdomen
0 dB
THI 5.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
R/V 3
Carte F
Teinte 1
ASC 3
DTCE Faible
19 ips



VESSIE

16 cm

P16

P 100% IM 0.69

ITM 0.6 ITO 0.6

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25 16:23:43 Je 02/07/2020

6C2
Abdomen
0 dB
THI 5.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
R/V 3
Carte F
Teinte 1
ASC 3
DTCE Faible
19 ips



RATE



PANC

16 cm

P16

P 100% IM 0.69

ITM 0.6 ITO 0.6

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25 16:23:14 Je 02/07/2020

6C2
Abdomen
0 dB
THI 5.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
R/V 3
Carte F
Teinte 1
ASC 3
DTCE Faible
19 ips



RD



RG

D1 = 95.3mm

D2 = 111.0mm

16 cm

P16

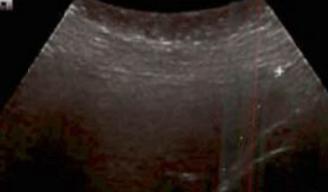
P 100% IM 0.69

ITM 0.6 ITO 0.6

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25 16:22:17 Je 02/07/2020

6C2
Abdomen
0 dB
THI 5.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
R/V 3
Carte F
Teinte 1
ASC 3

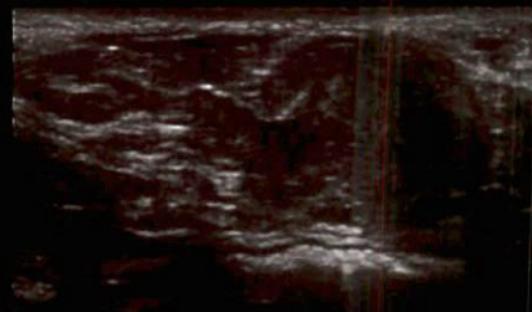


CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25

16:21:38 Je 02/07/2020

VF 16.5
MU
0 dB
THI 12.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
RV 4
Carte C
Teinte 1
ASC 3
DTCE Faible
29 ips



HERNIE OMB

3.5 cm

P 100% IM 1.11

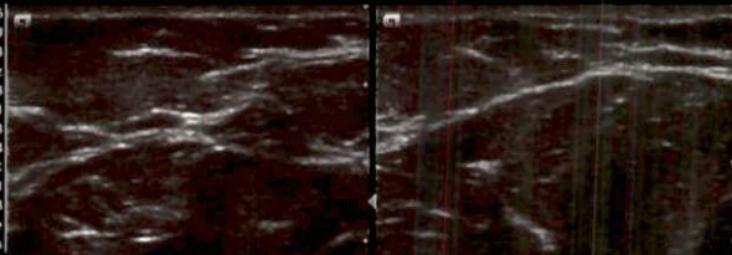
ITM 0.3 ITO 0.3

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25

16:20:33 Je 02/07/2020

VF 16.5
MU
0 dB
THI 12.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
RV 4
Carte C
Teinte 1
ASC 3
DTCE Faible
29 ips



PAROI ANT SUS OMB

D1 = 0.5 mm

D2 = 7.5 mm

3.5 cm

P 100% IM 1.11

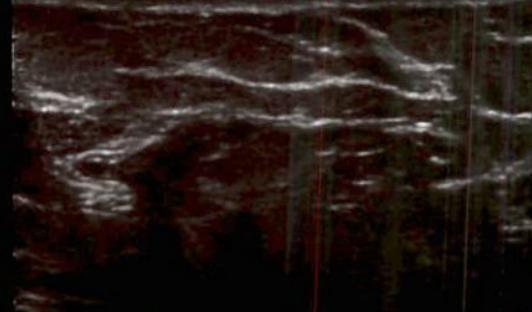
ITM 0.3 ITO 0.3

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25

16:19:50 Je 02/07/2020

VF 16.5
MU
0 dB
THI 12.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
RV 4
Carte C
Teinte 1
ASC 3
DTCE Faible
29 ips



HERNIE SUS OMB

3.5 cm

P 100% IM 1.11

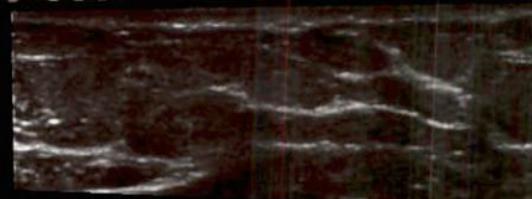
ITM 0.3 ITO 0.3

CLINIQUE IBN ZOHR

BASSINE, FATIMA 02_07_2020_16_16_25

16:19:31 Je 02/07/2020

VF 16.5
MU
0 dB
THI 12.3 MHz
PD 55 dB
Contour 1
Corrélation 3
RV 4
Carte C



CMI

مصرف التقنيات

02/07/20 17:06:30
9900635336
96353301
CLINIQUE IBN ZOHR
Berrechid

A00000000032010
APP : VISA
FATIMA BASSINE.MME
439377xxxxxx3007
CARTE NATIONALE
F77F5177E29E6060
621-0-9999-1-44

MONTANT: 900,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 273833
STAN : 001651

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT