

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

N° W19-585384

47467

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A1007

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OBAD SABAE

Date de naissance : 17.07.1977

Adresse :

Tél. : 05.37.68.39.33

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

☐ 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 :

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

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
8, Avenue Ibnou Roekd - Rabat IF : 14463542 TP : 2574134 Tél.: 05 37 67 03 04	04/11/2020	2140	1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



مصحبة تمارا
Polyclinique Témara

Urgences
Réanimation
Médecine
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Unité de FIV
Traumatologie Orthopédie

Témara, le 06/11/20

Docteur :

Malade : Saam Abdelilah

Ordonnance

Fauv. 5r/2

TPM. ambro

+ Auano

ATCID = Ø

+ Crise Convulsives

Taucochlorine. Ben.

Dr. RIFAÏ ATQA (p. Aboulajine)
Pédiatre
Expert Assementée
d'Etat
18, Avenue Ibnou Rochd - Rabat
Tél.: 05 37 67 03 04

Centre de Radiologie Ibnou Rochd
SCP
18, Avenue Ibnou Rochd - Rabat
IF : 14463542 - TP : 25741366
Tél.: 05 37 67 03 04

Dr. RIFAÏ ATQA (p. Aboulajine)
Pédiatre
Expert Assementée
d'Etat
18, Avenue Ibnou Rochd - Rabat
Tél.: 05 37 67 03 04

RADIOLOGIE IBNOU ROCHD

DR SEFFAR REDA

18, AVENUE IBNOU ROCHD AGDAL RABAT

Tél : 0537670304 Fax : 0537670444

IF:14463542 ICE 001653976000090

F A C T U R E

N° : 202010864

Du : 07/11/2020

Nom patient : M. SAOURI ABDILAH SULTAN

Médecin prescripteur ; Dr RIFAI ATIQA

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
TDM CEREBRALE C-	140	1 200,00
	Réduction	200,00
	Total	1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DIRHAMS

INPE : 101215507

Centre de Radiologie Ibnou Rochd
SCP

18, Avenue Ibnou Rochd - Rabat
IF : 14463542 - IP : 25741366
Tél : 05 37 67 03 04

ICE : 001653976000090

Dr Ahmed Reda SEFFAR

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
IRM - SCANNER - ECHOGRAPHIE DOPPLER - MAMMOGRAPHIE
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE - RADIOLOGIE DENTAIRE

Nom : SAOURI ABDILAH SULTAN

LE 07-11-2020

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE : Examen réalisé en mode spiralé sans injection de PC.

RESULTATS :

- Foyer lésionnel cortico-sous cortical fronto-pariétal gauche, hypodense, comportant de fines calcifications et s'accompagnant d'un élargissement des sillons corticaux et d'une dilatation réactionnelle du carrefour ventriculaire en regard.
- Absence d'autres anomalies de densité intra parenchymateuses en sus ou sous tentoriel.
- Absence d'anomalies des formations hippocampiques.
- Les structures de la ligne médiane sont en place.
- Les citernes de la base et les APC sont libres.

CONCLUSION :

Aspect TDM en faveur d'une lésion séquellaire fronto-pariétale gauche (AVC ischémique ancien probable) A confronter aux données cliniques et anamnestiques.

Dr. SEFFAR Ahmed Réda
Spécialiste en Radiologie
Cabinet de Radiologie Ibnou Rochd
18, Av. Ibnou Rochd - RABAT
Tél : 06 61 34 21 44