

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 (ALAD) :

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-584900

MD : 49165

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6469

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MATHMOUKI Rachida

Date de naissance :

05/12/1961

Adresse :

4 OP. OCEAN BAY APPT RDC K03
G+6 DAR BOUAZZA

Tél. :

Total des frais engagés : 800,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27 NOV. 2020

Nom et prénom du malade :

Age

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

07 NOV. 2020

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	26.11.2020	Z 80	800,00
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....
.....
.....

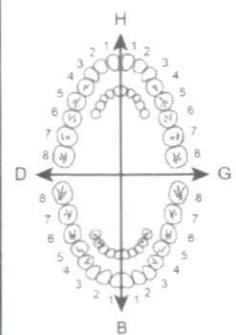
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

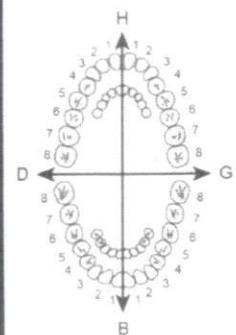
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
.....	00000000	00000000
D	00000000	00000000
.....	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin chef du Centre Régional
de Diabétologie

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية في سكري وأمراض الغدد
السلعنة - التغدية

طبيبة رئيسية سابقاً للمركز الجهوبي
لأداء دور السكري

Casablanca, le

Khadija Zahouani

Echo dop ter
au behalde
van steaux au ca

Dr KHADIJA CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabetologie
100, Résidence Ofoq Bd. Oum Rabii
Oulfa - Casab - Tel: 0522 89 79 34

RADILOGIE HAY HASSANI
Immeuble Commercial et Bd Sioui Abderrahmane
Route d'Azemmour 10 10022 Casablanca
Tél.: 05 22 90 10 05 22 90 07 07 - Cas
Fax: 05 22 93 27 13



مرک الفحص بالأشعة د. الحسني - آنفا

Casablanca, le 26/11/ 020

IF:2221555

Facture N° 3751/11/2020

Nom patient : MAHMOUKI RACHID

Examen(s) réalisé(s) : ECHO DOPPLER VAISSEAUX DU COEUR

Date Examen(s) : 26/11/2020

Montant :800 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
HUIT CENTS DIRHAMS**

10, Imm. Communal Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

26/11/2020

PATIENT : Mme.MAHMOUKI RACHIDA
MEDECIN TRAITANT : KHADIJACHERKAOUI ZEHOUANI
EXAMEN(s) REALISE(s) : ECHO DOPPLER VAISSEAU DU COU

Cher Docteur,
 Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

ECHO. DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU

Au doppler couleur

- ❖ Disrète surcharge intime, carotidienne commune pré bulbaire, calcifiée à droite.
- ❖ Les axes carotidiens sont indemnes de tout matériel intra luminal sténosant.
- ❖ Les artères ophtalmiques circulent dans le sens normal du courant.

Au doppler pulsé

- ❖ Les axes carotidiens, les artères vertébrales, les artères sous clavières et les artères ophtalmiques présentent des courbes symétriques et d'amplitude normale.

AU TOTAL

Disrète surcharge intime bilatérale, non sténosante, sans retentissement.

Confraternement
DR N.FARI