

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

- Reclamation : 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° W19-594586

51676

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1307 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUAME MOKHTAR

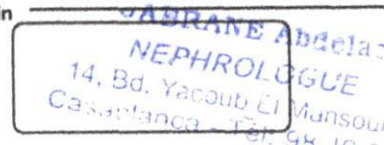
Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 23 Bd MARIANA Sidi MAAOUF - CASA

Tél. : 0667341983 Total des frais engagés : 949,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HARIS FATHI

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 : CASA

Le : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09.12.2020 | 2 | | 250,00 | INP: 000001355 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| | 5/12/20 | 99,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 10/12/20 | 2 30 30 | 600,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 :

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

Centre D'hémodialyse Dr Jabrane

14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél. : 05.22.98.49.55

Fax. : 05.22.98.88.05

Urgences : 0661.330.244



الدكتور جبران عبد العزيز
إختصاصي في أمراض الكلى

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

المستعجلات : 0661.330.244

Casablanca Le : 27/12/2020

ORDONNANCE

Dr Hans Jabrane

49,60 (x2)

① D. Amel

PPV: 49,60 DH

LOT: 20F03

EXP: 06/2021

PPV: 49,60 DH

LOT: 20E25

EXP: 05/2023

1 Amp / 15 j x 3 mois

② trixtec 5

1/2 col / j x 3 mois

T = 99,20

Pharmacie OUM EL AKEH
147, Lot. Communal N° 2
Sidi Maarouf - CASABLANCA
Tél: 05 22 97 52 93

Docteur JABRANE ABDELAZIZ
Spécialiste en Néphrologie-Dialyse
14, Bd. Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55

Casablanca, 10/12/2020

IF : 2221555

Facture N° 3951/12/2020

Nom patient : HARIS FATIMA

**Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE ET
PELVIENNE**

Date Examen(s) : 10/12/2020

Montant : 600 DH

Montant Produits : 0,00 DH

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

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route
d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

28/201

Centre D'hémodialyse Dr Jabrane

14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél. : 05.22.98.49.55

Fax. : 05.22.98.88.05

Urgences : 0661.330.244



الدكتور جبران عبد العزيز
إختصاصي في أمراض الكلى

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

المستعجلات : 0661.330.244

Casablanca Le : 27/12/2020

ORDONNANCE

Mr Haris fahme

Bilan d'1 UTA et I.Durk.
concordance

Echographie Abdomino-pelvienne

RADILOGIE HAY HASSANI ANFI
Immeuble Communal Route
14, Bd. Yacoub el Mansour
Casablanca - Tél. 05 22 98 49 55
Spécialiste en Néphrologie-Dialyse
Docteur JABRANE ABDELAZIZ

[Signature]



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

10/12/2020

PATIENT : HARIS FATIMA
MEDECIN TRAITANT : Dr JABRANE ABDELAZIZ
EXAMEN(s) REALISE(s) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

Cher Docteur,

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

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

- ✓ Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- ✓ Vésicule biliaire libre, à paroi fine.
Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.
- ✓ Tronc porte de calibre normal.
- ✓ Reins de taille sub normale, mesurant 9,9cm de grand axe chacun. Ils sont de contours irréguliers et mal définis, d'échostructure échogène, totalement dédifférenciés, siège de microkystes simples.
Absence de dilatation des cavités excrétrices.
- ✓ Rate et pancréas normaux.
- ✓ Vessie et utérus normaux.
- ✓ Ovaires non vus.
- ✓ Absence d'adénopathies profondes abdomino-pelviennes.
- ✓ Absence d'épanchement intra péritonéal.

AU TOTAL

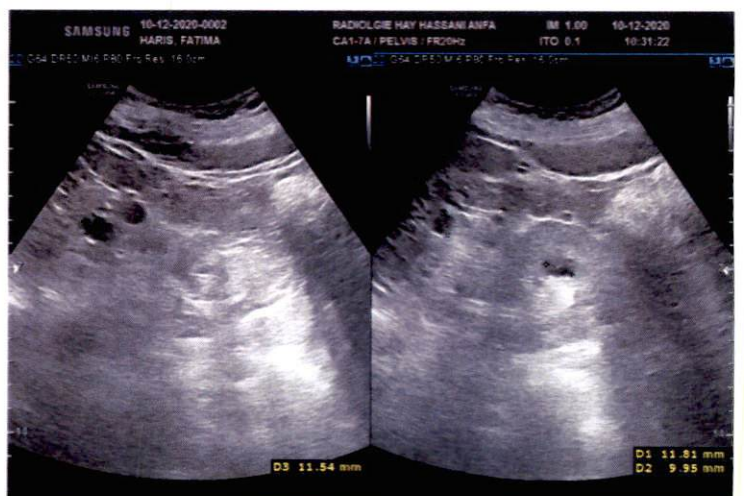
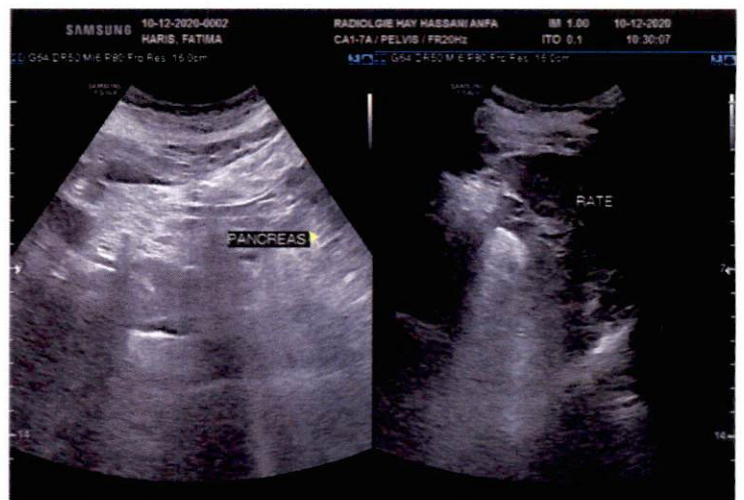
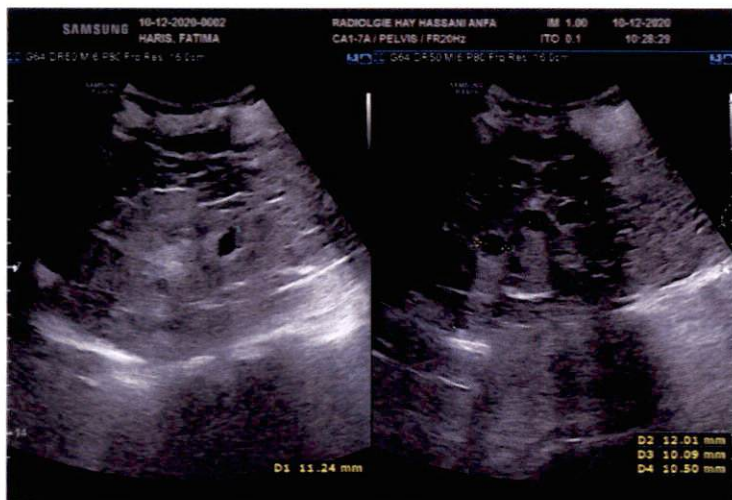
Reins dédifférenciés.

Confraternellement

DR O. ALAMI

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Imm. 10, 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
radiologiehh@menara.ma - PATENTE: 35 00 38 66 - TVA: 73 39 10 - ICE : 001686337000022

| Patient | | Examen | |
|--------------|-----------------|---------------|----------|
| N° | 10-12-2020-0002 | N° d'accès | |
| Nom | HARIS, FATIMA | Date | 10122020 |
| D. naissance | | Description | |
| Sexe | | Echographiste | |



Patient

N° 10-12-2020-0002
Nom HARIS, FATIMA
D. naissance
Sexe

Examen

N° d'accès
Date 10122020
Description
Echographiste

