

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 052272

Optique 5251 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mr SAÏDOUNI HASSAN

Date de naissance : 09/01/1957

Adresse : Rue 70 Dab Ettaouine N° 15 Bab El Oued

Hassani Casablanca

Tél. 0682250299 Total des frais engagés : 00.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/12/2020 Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Dr. JAHANISTAN, Hôpital Hassan II, Casablanca

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 : Casablanca Le : 22/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/10/2022	Visite	1	1000	Dr. Echopraxie

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>RADILOGIE HAY COMMERCIALISATION COMMERCIALE COMMERCIALISATION T'ADMOUR 05/22 05/22 05/22 05/22 05/22 05/22</i>	07.10.2020	2 30	300,00

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.

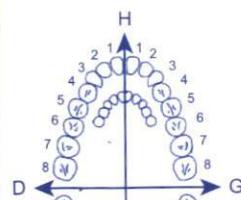
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

8 7 6 5	8 7 6 5		DATE DU DEVIS
------------------	------------------	--	------------------

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



الدكتور جواهير حسني عراقي

طبيب خبير محلل لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

Casablanca, le :

06 / 01 / 2008

S. Alouafi M. Daghraoui

← chg → - Releve

RADIOLOGIE MAARIF

BERRADA M. BENYAHIA Z.

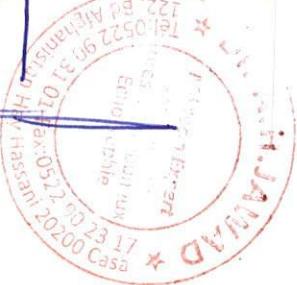
17, Rur Mohamed Bâhi

Tél : 0522 25 74 82

Fax : 0522 23 77 05

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route
Route d'Azemour et Bd. Sidi Abderrahman
tél.: 05 22 90 10 10/05 22 90 07 07 - Cas
Fax : 05 22 93 37 13

Dg = Sperry "Rony"





مركز الفحص بالأشعة
”حي الحسني - أنفا“

Casablanca, le 07/10/2020

TF : 2221555

Facture N° 3059/10/2020

Nom patient : SAROUTI HASSAN

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Date Examen(s) : 07/10/2020

Montant : 300 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
TROIS 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. Mami*

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

07/10/2020

PATIENT : Mr.SAROUTI HASSAN
MEDECIN TRAITANT : DR JAWAD HOUSSAINI ARAQI
EXAMEN(s) REALISE(s) : ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE

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

ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE

- ❖ Reins de taille normale, de contours réguliers et bien différenciés.
- A droite**
Discrète dilatation des cavités pyélo calicielles, persistante même après miction.
- A gauche**
Absence de dilatation des cavités excrétrices.
- ❖ Vessie pleine, à paroi fine et de contenu anéchogène.
- ❖ Discrète hypertrophie prostatique, mesurant environ 43,84mm x 37,93mm x 36,77mm de diamètres, soit un volume de 32ml environ, de contours réguliers, hypoéchogène homogène.
- ❖ Vésicules séminales de taille normale, homogènes.
- ❖ Faible résidu post mictionnel évalué à 44ml environ.

AU TOTAL

Discrète hypertrophie prostatique avec faible résidu post mictionnel et discrète hypotonie dilatation des cavités pyélo calicielles droites.



RADIOLOGIE PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPLER COULEUR ET ENERGIE