

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 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

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° P19- 0044485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05611 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HASSINE Nawreddine

Date de naissance : 24.10.71.1959

Adresse : 199 Lotissement Amine Sidi Maârouf Casablanca

Tél. : 06.39987242 Total des frais engagés : 3.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23.12.2019

Nom et prénom du malade : F. Messaoudi Amine F. Hassine Age : 56 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Charge gonflée

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 : 27/12/2019

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
23/12/2019	C2			<i>[Signature]</i>

[Stamp: Dr. Fatima QADRI, Gynécologue, Quartier Les Grâces, 156 2ème étage, Ain Chouhada, Casablanca - Tél: 05 61 96 43 54]

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
<i>[Signature]</i>	27/12/2019	Stier hijrophi, gang li ch, pelh nelle	3000,00

[Stamp: Dr. Rachida AAOUNI, Médecin Nucléaire, Centre International d'Oncologie, Casablanca - +212 06 10 63 92 8]

[Stamp: Dr. Rachida AAOUNI, Médecin Nucléaire, Centre International d'Oncologie, Casablanca - +212 06 10 63 92 8]

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

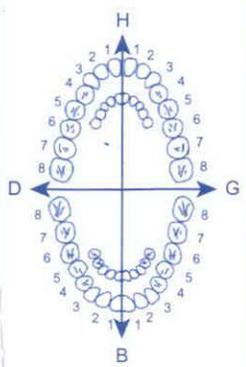
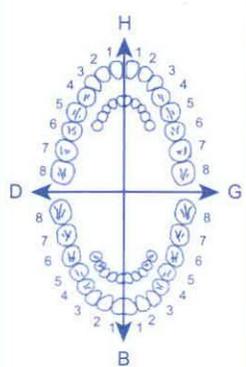
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

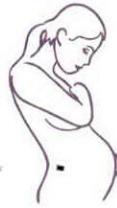


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatiha OUADIRGA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Gynécologique, Maladie des seins
Coelioscopie - Coloscopie - Hystérocopie
Stérilité - Procréation médicalement assistée



الدكتورة فاتحة واديرغا

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص و الجراحة بالمنظار
العم - المساعدة الطبية على الإنجاب

Casablanca, le 23 / 12 / 2015 في الدار البيضاء،

7° - El Manouéti AIN NA

Petit foyer de tumeur d'un Carcinome
mammaire type GSE
de sein droit

Language Isotopique

pour Recherche SS sentinelle

Dr. Rachida AAOUINI
Médecin Nucléaire
Centre International d'Oncologie
Casablanca - Tél : 06 61 96 43 54

Dr. Fatiha OUADIRGA
Gynécologue - Obstétrique
Centre International d'Oncologie
Casablanca - Tél : 06 61 96 43 54

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 27-12-2019

Facture N° 11595/19

A. Identification

N° Dossier : 19L27081850

N° Identifiant : 006340/19

Nom & Mme EL MESSOUDI EP HASSINE**Prénom :** AMINA

C.I.N : L149743

Adresse : LOT AMINE NR 199 SIDI MAAROUF CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-12-2019

Date Sortie : 27-12-2019

Médecin traitant : DR . AAOUINI RACHIDA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	LYMPHOSCINTIGRAPHIE		3 000,00			3 000,00
Total Rubrique :						3 000,00
PARTIE CLINIQUE :						3 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DIRHAMS						TOTAL GENERAL 3 000,00

Cachet et Signature



Casablanca, le 27/12/19

Nom et Prénom Mme. EL MESSOUDI AMINA
Référence 759271219
Médecin Traitant Dr. OUADIRGA FATIHA

LYMPHOSCINTIGRAPHIE MAMMAIRE

Contexte clinique : Petit foyer de 7 mm d'un carcinome mammaire type mixte au niveau du QSE du sein droit. Détection de ganglion sentinelle.

Technique :

Examen réalisé avec une machine SPECT Siemens « **Symbia Evo Excel** » mise en marche en Mars 2019. Acquisition d'images statiques antérieures et de profil 30 et 60 minutes après injection de 363 MBq de Nanocolloïdes marquées au ^{99m}Tc en péri-aréolaire.

Résultats :

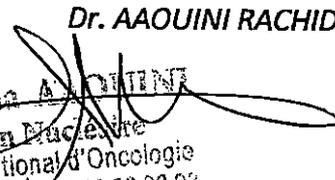
L'examen de ce jour met en évidence :

- Deux foyers hyperactifs au niveau du prolongement axillaire droit repérés par la sonde de détection externe.
- Quatre hyperfixations focalisées péri-aréolaire droites en correspondance avec les points d'injection.

Conclusion :

- Mise en évidence de deux ganglions axillaires droits repérés par la sonde de détection.

Confraternellement
Dr. AAOUINI RACHIDA

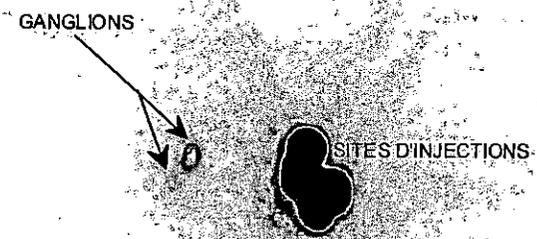

Dr. Rachida AAOUINI
Médecin Nucleaire
Centre International d'Oncologie
Casablanca - +212 06 10 63 92 93

Patient Name: EL MESOUDI AMINA
Patient ID: 759271219
DOB: 30/09/1963
Study Date: 27/12/2019

LYMPHOSCINTIGRAPHIE MAMMAIRE

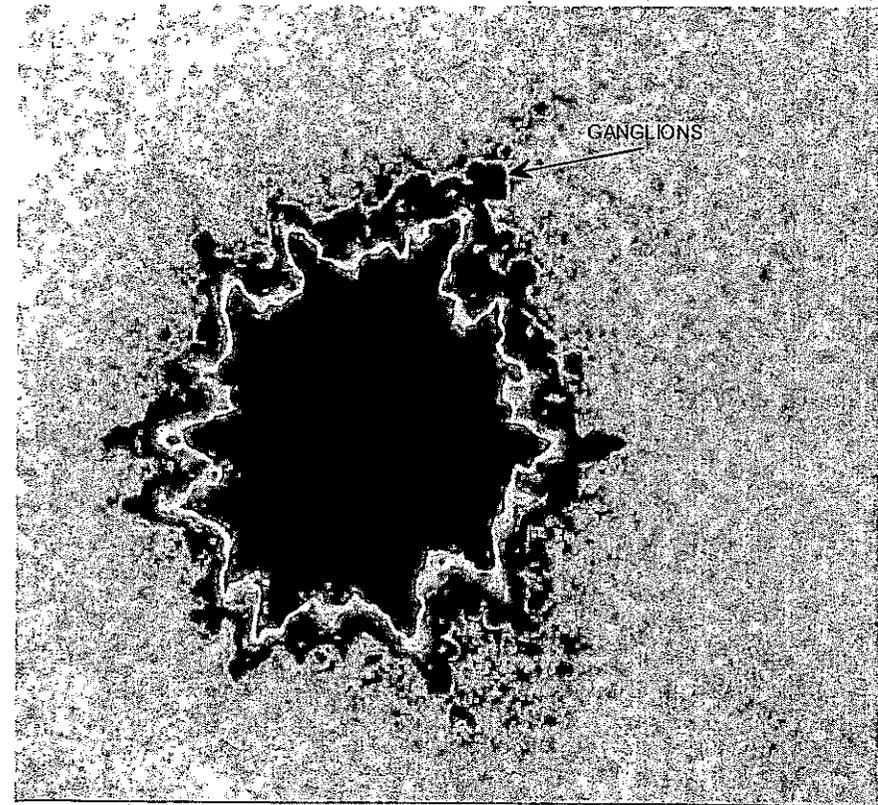


LYMPHATIC SCAN 27/12/2019



PROFIL GAUCHE

LYMPHATIC SCAN 27/12/2019



FACE ANT