

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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° W19-499804

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11471	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASERRAR MUSTAPHA			
Date de naissance : 13.1.12.174			
Adresse : N° 191 LOT 11ABROUKA Sidi MAAROUF Casablanca			
Tél. : 06 66 35 08 93	Total des frais engagés : 1054,00	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :			
03/01/2020			
Date de consultation : 03/01/2020			
Nom et prénom du malade : ASERRAR Mustapha Age : 17			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Colopathie			
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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **08.01.2020**

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-499804

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **11471**
 Nom de l'adhérent(e) : **ASERRAR**
 Total des frais engagés : **1054,00**
 Date de dépôt : **08.01.2020**

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
03/01/20	GS		400 DH	<i>Docteur AYADII Khalid Professeur de l'Enseignement Supérieur Anesthésie - Réanimation Tél Portable : 06 61 14 20 06</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien du Professeur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE L'ISERE Dr. Ayadi DRSS Télé : 02 35 45 51 51</i>	03/01/2020	77.00
	03/01/2020	77.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR DAMI Khalid Spécialiste en Radiologie Imagerie Médicale Télé : 05 22 58 10 16</i>	06/01/2020	Ech. Abdomen 2.lev. ame	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

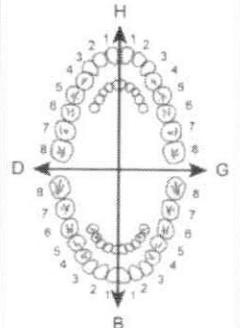
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

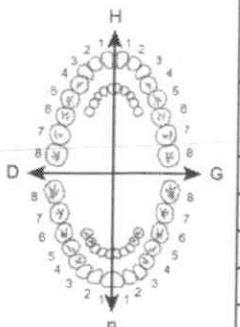
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

[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

ORDONNANCE

Casablanca le 03/01/2020

Urgences 24h/24

Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie Interventionnelle

Maternité

Réanimation Néonatale

Hémodialyse

Mr. Yustapha.

US S.V No SPA

3200 S.V CP X

3200 Evulsion



CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Lot:	3490A
EXP:	03.2024
PPV:	32,00 DHS
32,00	

Lot:	3471A
EXP:	03.2024
PPV:	32,00 DHS
32,00	

PHARMACIE L'ISERE	
Dr. Diouri Ayadi Dr.	
74, Rue l'Isere polo - Casablanca	
Tél : 022 85 64 57	

LUI : NO-SPA FORTE 80MG
CP B20
PER.: 12/2021

P.P.V : 45DH00

6 118000 061816

LUI : NO-SPA FORTE 80MG
CP B20
PER.: 12/2021

P.P.V : 45DH00

6 118000 061816

ORDONNANCE

Casablanca le,

05/01/2020

● Urgences 24h/24

● Médecine

;

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Mr A SER RAR , Musaphi.

Mf = 45 ans

ATCRs ; Ø

Douleur abd. més

sans déf. ss

Bébo Abdomino - pali →

RADILOGIE
ELMIK - CASABLANCA
Tel. : 05 22 51 23 23
Fax : 05 22 50 10 18

MM

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

 الدكتور نامي خالد
 إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 06/01/2020

FACTURE N° 2516/2020

NOM & PRENOM : ASERRAR MUSTAPHA

EXAMEN	MONTANT
ECHO ABDOMINO -PELVIENNE	cinq cents (500 DH)
TOTAL	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de cinq cents (500 DH) DHTTC


INFORMATIONS DU CENTRE
 LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le : 06/01/2020

PATIENT : ASERRAR MUSTAPHA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHO ABDOMINO -PELVienne

Compte Rendu d'Examen

Foie homogène de taille normale et contours réguliers. Absence de dilatation des voies biliaires

VB libre

Pancréas et rate normaux

Les reins sont bien différenciés de taille normale et de contours réguliers. Absence de dilatation des cavités excrétrices.

Absence d'épanchement.

Absence de masse pelvienne ou abdominale

Prostate et vessie normaux

Conclusion :

Échographie abdomino-pelvienne sans anomalie notable

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Institut de Médecine
Tél: 05.22.58.10.16