

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 | : tpep@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.

N° W19-469440

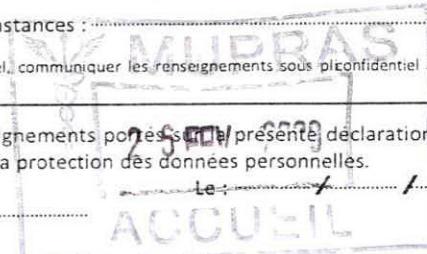
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) (22682)			
Matricule :	11133	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SABINI HIND			
Date de naissance :			
Adresse : 167, Residew KENZA, Lot Ennasir a CASA			
Tél. :	0662782903	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Ali OUDGHIRI Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif (Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes) 46, Bd. BIR ANZARANE - Tel : 022 25.18.18 GSM 061 16.01.44 E-mail : aoudghiri@menara.ma			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/02/2020		
Nom et prénom du malade : SABI HI Itud Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Vomissements récurrents			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 :

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
18/02	Cs		300,00 d	INP : 18/02/2018 Dr. Ali OUDGHIRI Analyste des maladies de l'appareil digestif GSM : 06 16 01 44 Hôpital Karane - Tel : 022 25.18.18
20/02	Schwooper		300,00 d	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

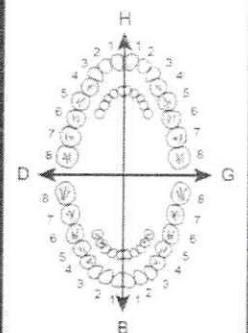
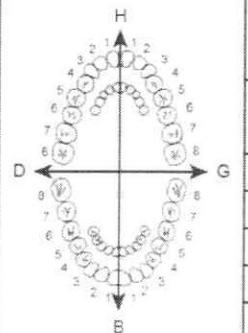
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

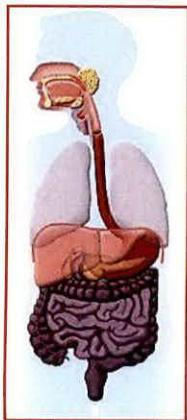
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

 <p>D.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>H</td> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession</p>	H	25523412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25523412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G														
 <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>													



Dr. Ali OUDGHIRI
Hépato-gastro-entérologue
46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3

19-02-2020

Mme SABIHI Hind

Diplomé de la Faculté
de Médecine de Paris

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Endoscopie digestive
haute et basse

Endoscopie
interventionnelle

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus
(fissure-fistule-
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:
a.oudghiri@menara.ma

Compte rendu d'échoscopie (sans clichés)

CLINIQUE : Vomissements épisodiques deux jours / mois snas
douleurs abdominales (coliques hépatiques L VBP ?).

Foie de taille et d'echostructure normale. Les contours sont réguliers.

VB alithiasique et de paroi fine.

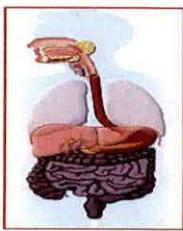
Pancréas bien visualisé malgré les gaz : RAS.

Reins de taille et de morphologie normales, sans DPC. Pas de calculs visibles.

Rate de taille et d'echostructure normale

Aérocolie sans grande signification pathologique.

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46 Bd BIR ANZARANE - Tel : 022.25.18.18
Fax : 051.16.01.44
E-mail : a.oudghiri@menara.ma



Dr. Ali OUDGHIRI
Hépato-gastro-entérologue
46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3

Diplomé de la Faculté
de Médecine de Paris

19-02-2020

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Mme SABIHI Hind

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Endoscopie digestive
haute et basse

Note d'honoraires

Endoscopie
interventionnelle

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

- Cs..... 300 dhs

Echographie digestive

- Echoscopie..... 300 dhs

Chirurgie de l'anus
(fissure-fistule-
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:
a.oudghiri@menara.ma

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46, Bd. BIR ANZARANE - Tel : 022.25.18.18
GSM : 061.18.01.44
e-mail : a.oudghiri@menara.ma