

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

- 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.

N° W19-584930

60513

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00513

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay abdeloua

Date de naissance : 01-01-45

Adresse : Hay el Haoua Rue 32 N°32 Casablanca

Tél. 0619449632

Total des frais engagés : 52,45 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Pierre CASSAIGNE

Praticien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPSM1002075853A

Date de consultation : 01-12-2029

Nom et prénom du malade : EL MOUMI

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : a dentition prothétique

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.

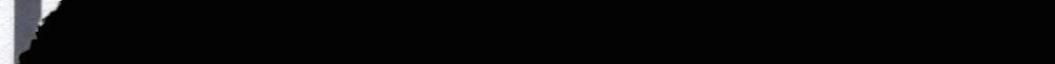
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

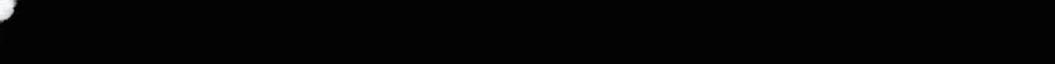
Fait à : Casablanca

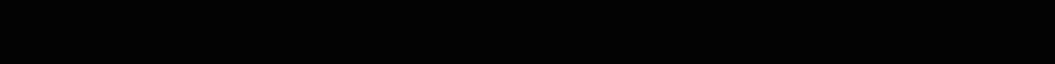
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/02/21









EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service d'Imagerie Médicale CENTRE HOSPITALIER 16700 RUFFEC	04/01/2011	ADE JAQM 004	52,45

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'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>												
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	B	35533411	11433553
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
00000000		00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>												
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>												



Service :

Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



Docteur :

CASSAIGNE

Graulhet, le 01/02/2020

Docteur Pierre CASSAIGNE
Praticien Hospitalier Gérontrope
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET
RPPS : 10002875853

Nom : EL MOUMI Monia Abdesslam

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

Echographie postopératoire
par voie endorectale
+ vessie + reins + urèes urénales
avec mesure du résidu postmictionnel

8 1 88341 1 224930

N° Finess :

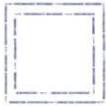


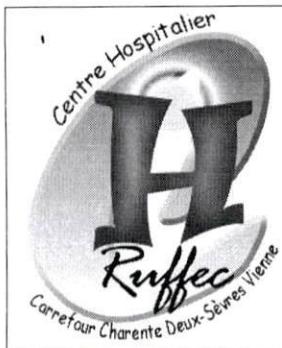
810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET

Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25





CENTRE HOSPITALIER DE RUFFEC

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Scanner - Échographie - Doppler Radiologie conventionnelle et numérisée

Docteur **MKINSI** Fouad
Docteur **JORIO** Souad

RPPS : 10100054880 Médecin radiologue CH Ruffec
RPPS : 10005188221 Médecin radiologue CH Ruffec

Docteur **ALLUAUME** Richard
Docteur **SZTARK** Guillaume

RPPS : 10003945275 Médecin radiologue CH Angoulême
RPPS : 10100804193 Médecin radiologue CH Angoulême

Compte rendu d'examen d'imagerie Médicale

NOM et Prénom du patient : **EL MOUMI MOULAY** (Sexe : M)

Nom de jeune fille : **EL MOUMI**

Date de naissance : **01/01/1945**

Médecin prescripteur :

Médecin traitant :

Date et heure de l'examen : 04/01/2021
GS

Erreur macro, message=TypeError: undefined cannot be converted to an object, line=0
Appareillage :Echographe Philips EPIQ 5G (Date de mise en service : 05/12/2018 - n° d'agrément :)

ECHOGRAPHIE URINAIRE

INDICATION :

Bilan d'une dysurie.

RESULTAT :

Examen réalisé par voie sus-pubienne et endo-rectale.

Prostate globalement augmentée de volume surélevant le plancher vésical, mesurant 77cc, d'échostructure homogène.

La vessie mesure en pré-miction 65cc, de contenu homogène et de paroi non épaissie.

Pas de résidu post-mictionnel significatif.

Les reins sont de taille normale, renferment un kyste cortical droit de 39mm, les cavités pyélocalicielles ne sont pas dilatées.

Pas d'épanchement péri-rénal.

Pas d'épanchement intra-péritonéal.

CONCLUSION :

Hypertrophie prostatique sans retentissement notable sur l'appareil urinaire.

Kyste rénal simple droit.

Dosimétrie :

Dicté par DR JORIO Souad

Validé électroniquement par le **Dr JORIO Souad**

Informations de dosimétrie : DE=Dose d'Entrée ; PDS=Produit Dose-Surface ; PDL=Produit Dose-Longueur ; CDTI=Indice de dose Scanographique (IDS) ; DGM=Dose Glandulaire Moyenne

Prise de rendez-vous - Service d'Imagerie Médicale :
tel : 05 45 29 50 23 (Ligne directe).

Mme Isabelle SCHWEITZER Cadre de santé
tel: 05.45.29.54.90
email: isabelle.schweitzer@ch-ruffec.fr

Horaires : 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi

Dicté le : 04/01/2021 16:28 . Édité le : 04/01/2021 .

AVIS DES SOMMES A PAYER

TITRE EXÉCUTOIRE en application de l'article L. 252 A du Livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R. 2342-4 et D. 3342-11 du Code général des collectivités locales.

CH RUFFEC

RUFFEC

ETB : 160000337

N° de titre

133 140

M
A
L
A
D
E

N° entrée : 202027342, Siret EJ : 261600282, Siret ETB : 26160028200014, Finess EJ : 160000493

CH DE RUFFEC

Nom : EL MOUMI MOULAY

Né(e) le : 01/01/1945

Nom J.F. :

A : MARRAKECH

Entrée : 04/01/2020

20 ROUTE BOIS BLANC
16600 MORNAC

Emis et rendu
exécutoire le

31/12/2020

Bordereau

1 208

N° Feuillet

1

Exercice

2020

Budget

00

R
D
T

ASSURE

Nom :

Ben. :

Mt. : 07

Org. :

NN :

O
B
S

Consultation du 04/01/2020

Parcours de soins : ACCES HORS COORDINATION

DATE	DESIGNATION	COEFF.	TARIF	BASE de remboursement	TAUX	A VOTRE CHARGE	DMT
04/01/2020	Acte d echographie - ADE Activ. 1-Phase 0-Assoc.non prévue 1	1,00	52,45	52,45	100,00	52,45	000
						*****52.45	4111

HOSPITALISES/EHPAD 05 45 29 50 11

CONSULTATIONS/URGENCES 05 45 29 50 14

DU LUNDI AU VENDREDI DE 09H00 A 17H00

A REGLER DES RECEPTION

Quittance : *****0,00

A payer : *****52,45 €

Paiement par Internet possible sur www.tipi.budget.gouv.fr - Informations nécessaires :
Identifiant collectivité : 012744 - Référence de la dette : 2020-133140-1 - Numéro d'entrée : 202027342

A découper suivant les pointillés, à joindre à votre chèque libellé à l'ordre de <TRESOR PUBLIC>, et à envoyer à l'adresse indiquée dans la case "EXP" ci-contre.



TALON DE PAIEMENT

*****52.45 €

CCB : BANQUE DE FRANCE ANGOULEME

RIB : 10071 16000 00002000546 79 IBAN : FR76 1007 1160 0000 0020 0054 679 BIC : TRPUFRP1

Heures d'ouvertures : LUNDI au VENDREDI : 8H30 - 12 H - LUNDI MERCREDI VENDREDI : 13H30 - 16 H

Téléphone : 05 45 38 65 05

Pour recevoir la Facture acquittée la joindre au Règlement

P.C. 016004
Dos . 202027342
Nom . EL MOUMI MOULAY

EXP TRESORERIE DU CENTRE HOSPITALIER
1 RUE DE LA COMBE
CS 72513 SOYAUX
16025 ANGOULEME CEDEX

titre . 133 140
Montant *****52,45
Ch . 1 Et : 036 Ex : 2020
Consultation du 04/01/2020

DEST EL MOUMI MOULAY
20 ROUTE BOIS BLANC
16600 MORNAC

↓ Ne rien inscrire dans cette zone ↓

PC : 016004
N° entrée : 202027342
N° titre: 133 140 / 00
CH. : 1 ET : 036
Exercice : 2020
Montant : *****52,45



AVIS DES SOMMES A PAYER

TITRE EXÉCUTOIRE en application de l'article L. 252 A du Livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R. 2342-4 et D. 3342-11 du Code général des collectivités locales.

CH RUFFEC

RUFFEC

ETB : 160000337

N° de titre

133 140

M A L A D E A D R E S S E M I S S I O N	N° entrée : 202027342, Siret EJ : 261600282, Siret ETB : 26160028200014, Finess EJ : 160000493 CH DE RUFFEC			R D T
	Nom : EL MOUMI MOULAY	Né(e) le : 01/01/1945	A : MARRAKECH	
	Nom J.F. :			
	Entrée : 04/01/2020			
	20 ROUTE BOIS BLANC 16600 MORNAC			
		ASSURE	Nom : Ben. : Org. :	
			Mt. : 07 NN :	

O B S	Consultation du 04/01/2020
	Parcours de soins : ACCES HORS COORDINATION

DATE	DESIGNATION	COEFF.	TARIF	BASE de remboursement	TAUX	A VOTRE CHARGE	DMT
04/01/2020	Acte d echographie - ADE Activ. 1-Phase 0-Assoc.non prévue 1	1,00	52,45	52,45	100,00	52,45	000
						*****52,45	4111
						*****0,00	

 HOSPITALISES/EHPAD 05 45 29 50 11
 CONSULTATIONS/URGENCES 05 45 29 50 14
 DU LUNDI AU VENDREDI DE 09H00 A 17H00
 A REGLER DES RECEPTION

 Quittance : *****0,00
 A payer : *****52,45 €

 Paiement par Internet possible sur www.tipi.budget.gouv.fr - Informations nécessaires :
 Identifiant collectivité : 012744 - Référence de la dette : 2020-133140-1 - Numéro d'entrée : 202027342

 PC : 016004 N° entrée : 202027342 N° titre: 133 140 / 00 CH. : 1 ET : 036 Exercice : 2020 Montant : *****52,45	TALON DE PAIEMENT			*****52,45 €
	CCB : BANQUE DE FRANCE ANGOULEME RIB : 10071 16000 00002000546 79 IBAN : FR76 1007 1160 0000 0020 0054 679 BIC : TRPUFRP1 Heures d'ouvertures : LUNDI au VENDREDI : 8H30 - 12 H - LUNDI MERCREDI VENDREDI : 13H30 - 16 H Téléphone : 05 45 38 65 05 Pour recevoir la Facture acquittée la joindre au Règlement			
	P.C. 016004 Dos . 202027342 Nom . EL MOUMI MOULAY titre . 133 140 Montant *****52,45 Ch . 1 Et : 036 Ex : 2020 Consultation du 04/01/2020	EXP	TRESORERIE DU CENTRE HOSPITALIER 1 RUE DE LA COMBE CS 72513 SOYAUX 16025 ANGOULEME CEDEX	
		DEST	EL MOUMI MOULAY 20 ROUTE BOIS BLANC 16600 MORNAC	
	↓ Ne rien inscrire dans cette zone ↓			

Détails du paiement

Établissement	CENTRE HOSPITALIER RUFFEC
Identifiant de l'établissement	228000575080009
Comptable	TRES. ANGOULEME CENTRE HOSPITALIER
Numéro de contrat	2360283014
Identifiant de la transaction	PAYFIP0000000021818144
Date	4 févr. 2021
Heure	22:05:28
Montant	52,45 EUR
Numéro d'autorisation	814006
Référence de l'acheteur	202027342
Référence commande	202000133140000001
Numéro de carte	##########4959
N° Transaction CB	728727
Type	TRANSACTION DE PAIEMENT
Type de carte	CB
Usage	DEBIT
E-mail	y.elmoumi@gmail.com
Nom de l'acheteur	MOULAY EL MOUMI