

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.

Biologie 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.

Prothétique :

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

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.

N° P19- 066684

62755

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02470

Société : 2.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OHLIH Amina

Date de naissance :

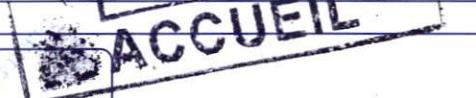
Adresse :

Tél. : 0649091568

Total des frais engagés : 17.000.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6.3.2021

Nom et prénom du malade : KASSIM ABDELLAH

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Célo que m'aide

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 : POASA

Le : 09.1.2021

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
4.3.21	Cl	-	2000	
9.3.21	Cl	-	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Rouisseur	Date	Montant de la Facture
	9/03/21	206,50

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08.03.2021	2 30	300,00
	9/03/21		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
B	00000000
	35533411 11433553

[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

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : KASSAN Abdellah Casablanca, le : 9.3.2021

(695)

1)

105



132 n°

2)

hacila S.A

LOT: 079585/FC1
PER: 09/2023
PPC: 69.50

PPC: 137 DH 00

129 Bis Rue Oussama Benou Zaid
TAHRI JOUTE El Rachid
Pharmacie du Jura
Casablanca - Tel: 05 22 25 34 41
Site: www.pharmacie-du-jura.com

206.5

11. فضاء ماجوريل، زنقة أبو حيان التوحيدي، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 28 07

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5^{ème} étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07

Casablanca, le 08/03/2021

IF : 2221555

Facture N° 829/03/2021

Nom patient : KASSED ABDELOUAHED

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Date Examen(s) : 08/03/2021

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

P.C 9/5 02470
Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : MOHAMED Abdellah

Casablanca, le : 6.3.2011

Echographie de la
lithiase et calcul

RD 10, KM COMMUNAL Route d'Azemmour
Tizi Ouzou, 072290 10/05/2007
RD 510, Avenue d'Alger - Casablanca

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
16, Avenue du Maroc
10/05/2007
Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

11/02/2021

Rapport image ultrason.

Page 1 of 1

Patient

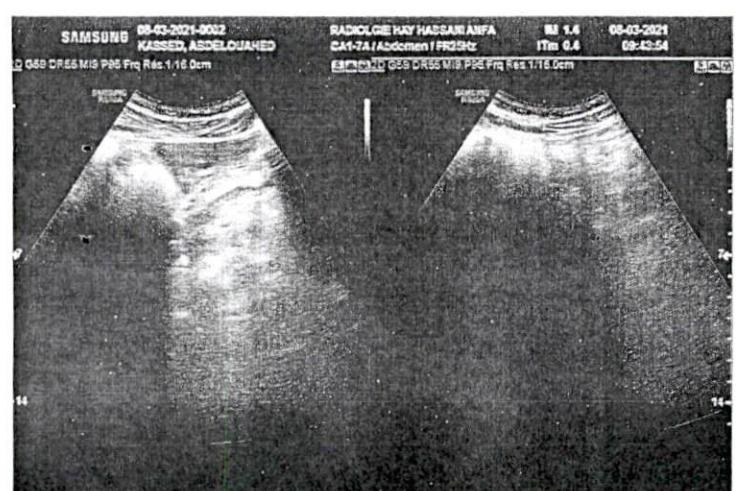
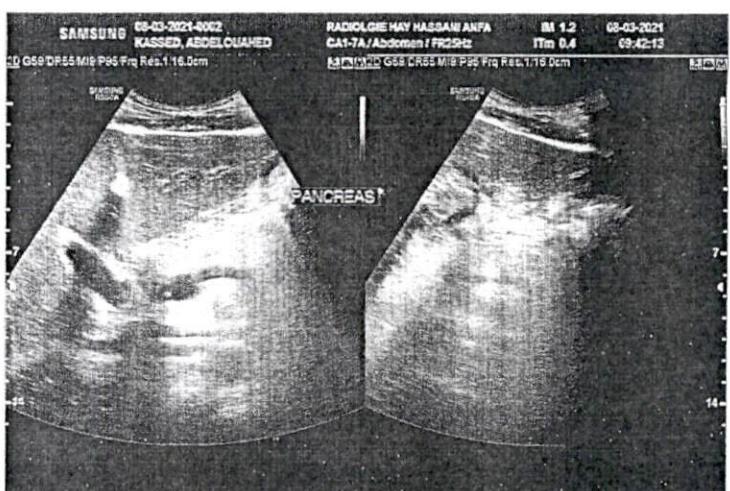
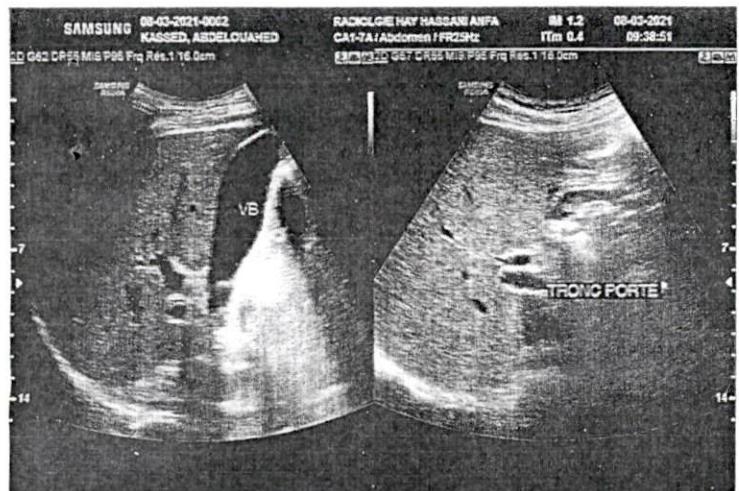
1°
Nom
J. naissance
Sexe

08-03-2021-0002
KASSED, ABDELOUAHED

N° d'accès
Date
Description
Echographiste

Examen

08032021





Dr. O. Alami

*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*

08/03/2021

PATIENT : Mr.KASSED ABDELOUAHED
MEDECIN TRAITANT : NOUFISSA KABBAJ BENCHERIF
EXAMEN(s) REALISE(s) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

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

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- ❖ Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
 - ❖ Vésicule biliaire libre, à paroi fine.
 - Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.
 - ❖ Tronc porte de calibre normal.
 - ❖ Reins, rate et pancréas normaux.
 - ❖ Très importante aérocolie.
 - ❖ Absence d'adénopathies abdominales profondes.
 - ❖ Absence d'épanchement intra péritonéal.

AU TOTAL

Echographie abdominale normale. Aérocolie.