

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com
Réclamation : 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.

S : 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- 0041189

68141

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390 Société : BOUZZE M FATIMA

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUZZE M FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0621157403 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/04/2021

Nom et prénom du malade : MABROU FOUAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Femme âgée - gestite - cancer

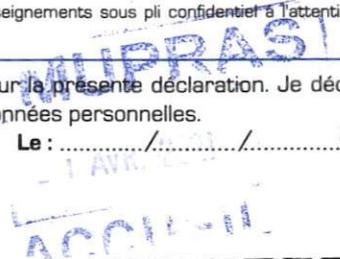
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

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
10/04/2021	d		15000	
12/04/2021	contrôle fiscal			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/04/2021	486,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/04/2021	échec 2 pelvienne	5000DH

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'OC

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
				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 BELGHITI Khadija

D.U. Gynécologie Médicale

Stérilité - Grossesse - Ménopause - Maladie des seins

Médecine du Travail

Expert assermenté auprès des Tribunaux

Médecine Générale

التوقيت المستمر

Heure Continue

الدكتورة بلغيتي خديجة

د جامعي في أمراض النساء

مراقبة الحمل - العقم - أمراض الثدي - أمراض سن اليأس

طب الشغل

طبيبة خبيرة محلفة لدى المحاكم

الطب العام

Casablanca le 12/04/2021 في الدار البيضاء

34,20 AZIN Folium = 486,80

(+) Dermox

87,30

(G) Dermox

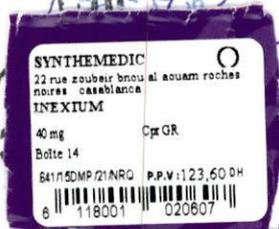
69,00DH
Lot: 190400
Per: 12-2022

(*) Forc

123,60

(T) INExi

122,70



(+) Daflon

122,70

البيضاء - 0522.21.3

913, شارع 2

913, Av. 2 Mars Ain Choc - Tél. : 0522.21.39.56 - CASABLANCA

E-mail : khadija.belhiti@gmail.com



Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Radiologie
Al Quods
الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

• خريج كلية الطب بباريس

• طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner Multibarètes

• Dentascanner - Panoramique Dentaire

• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale

• Echographie-Doppler Couleur

• IRM (Sur Rendez- Vous)

• Radiologie Interventionnelle - Scanner Echographie Sonologie

• Radiologie Numérisée

• Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 10/04/2021

FACTURE N° : Note d'honoraire

Nom & Prénom BOUIZZEM FATIMA

Date d'examen : 10/04/2021

Examens	Honoraires
ECHOGRAPHIE PELVIENNE	500,00 DH
NET A PAYER	500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS DH

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél: 05 22 21 43 43 - Fax: 05 22 21 43 43

E-mail: radiologiealquods@gmail.com - ICE: 002313947000064 - IF: 34001560

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner Multibarettes

• Dentascanner - Panoramique Dentaire

• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale

• Echographie-Doppler Couleur

• IRM (Sur Rendez-Vous)

• Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)

• Radiologie Numérisée

• Radio - Photo

Casablanca , le 10/04/2021

Patiente : BOUIZZEM FATIMA

Prescripteur: DR BELGHITI KHADIJA

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

INDICATION:

Métrorragie post ménopausique.

RESULTAT :

Examen réalisé par voie sus-pubienne.

La vessie est à paroi fine et régulière et à contenu transonore.

L'utérus est de taille normale, de contours réguliers.

L'endomètre est hyperéchogène et épaissi mesuré à 11 mm d'épaisseur maximale.

Pas de masse pelvienne échographiquement visible.

Les ovaires non vus.

Pas d'épanchement pelvien.

CONCLUSION :

Echographie pelvienne objectivant un épaississement endométrial: à confronter au reste du bilan.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://102.53.2.201:8088/images>

Login : 21987

Mot de Passe : 10842

