

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 : 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12765		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : ELKARABI MOUIN			
Date de naissance : 28/06/1984			
Adresse : Res. Abou Shabani			
Tél. : 022794999696 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. HICHAM SIBAI <i>Spécialiste en Radiologie et Médecine Nucléaire</i> <i>Centre Allal Ben Abdellah</i> <i>RAM</i>			
Date de consultation : 17.03.2021			
Nom et prénom du malade : ELKARABI Saïd Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : Fissure anale			
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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Centre Allal Ben Abdellah**

Le : **13/03/2021**

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
12.03.2021	c3	3000H	INP : 0810277862	<i>Dr. MAM SIBA - Clinique Al Hayat</i> 2021-03-12 09:29:04/03/055/26.98.59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Clinique Sibah - Casablanca</i> 347, Boulevard Hassan II 10025 Casablanca - Maroc	26/03/2021		500H

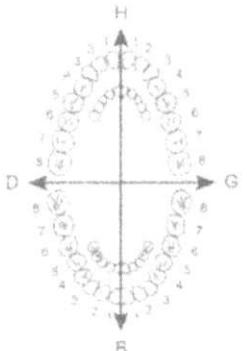
AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

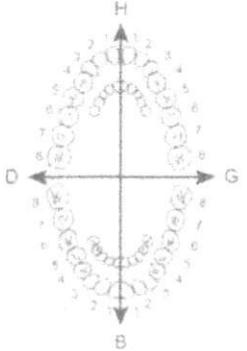


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00930993	00000999
	35533411	11433553
B		

• [Création, remont, adjonction]
Procédure Therapéutique, nécessaire à la prothèse



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Casablanca le : 17.03.2021

Enf: EL Kababi saâd

Fissure anale +

Rectomagie.

= Chégraphie abdominale.

Clinique Pédiatrique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tel:0522.87.81.81 - Fax:0522.87.25.00

Dr. HICHAM SIBAI
117 Av 2 Mars, Angle rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5^{ème} étage N°25, Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / Email : contact.drsibai@gmail.com
Tél: 05 22 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / Email : contact.drsibai@gmail.com
ICE: 000232181000029 - IF:1526957 - PATENTE: 34475142

117 شارع 2 مارس، بداية زنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الخامس الرقم 25، الدار البيضاء - المغرب

الهاتف : 05 22 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / البريد الإلكتروني : contact.drsibai@gmail.com

117 Av 2 Mars, Angle rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5^{ème} étage N°25, Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 28 04 05 / 06 26 36 82 36 / Email : contact.drsibai@gmail.com

ICE: 000232181000029 - IF:1526957 - PATENTE: 34475142



L : 17.03.2021.

NOTE D'HONORAIRE

Nom : EL KABABI

Prénom : Saad

Nature d'examen : Consultation .

Montant : 300,00 DHs.

Mode de règlement :

Especes

Cachet et signature

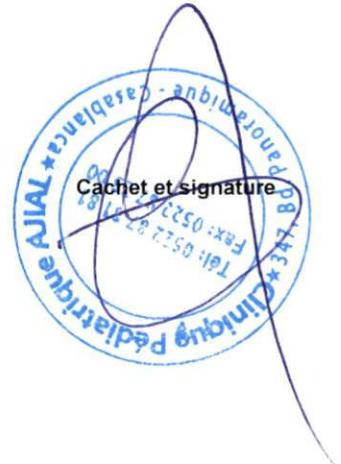
Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 17/03/2021

Pré-Facture N° 71268		Etablie par HOUDA RECEPTION Page 1/1		
Identification				
N° Dossier :	X1C173542	MUPRASI	N° Identifiant :	20086301/20
Nom & Prénom :	EL KABABI SAAD			
C.I.N. :	H491117	Date Début :	17/03/2021	Date Fin : 17/03/2021
Adresse :	CASA			
Traitemet :	Consultation	Médecin :	MIYARA KHADIJA	
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef Montant
IMAGERIE MEDICALE				
Echographie abdominale	1	500,00		500,00
		Total Rubrique :		500,00
PARTIE CLINIQUE :				500,00
		TOTAL FACTURE		500,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams



AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 17/03/2021

Non du patient : EL KABABI SAAD

Médecin prescripteur : PR SIBAI

Echographie abdominale

- Important météorisme abdominal.
- Absence d'épaississement digestif évident.
- Par ailleurs, Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion circonscrite notable.
- VB libre.
- Absence de dilatation des VBIH ou de la VBP.
- Rate et d'aspect échographique normal.
- Pancréas non vu, masqué par les gaz.
- Les deux reins sont en place, de taille normale, présentant une bonne différenciation cortico-sinusale sans dilatation significative des cavités excrétrices.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie pleine, à paroi régulière et à contenu anéchogène.
- Absence de RPM.

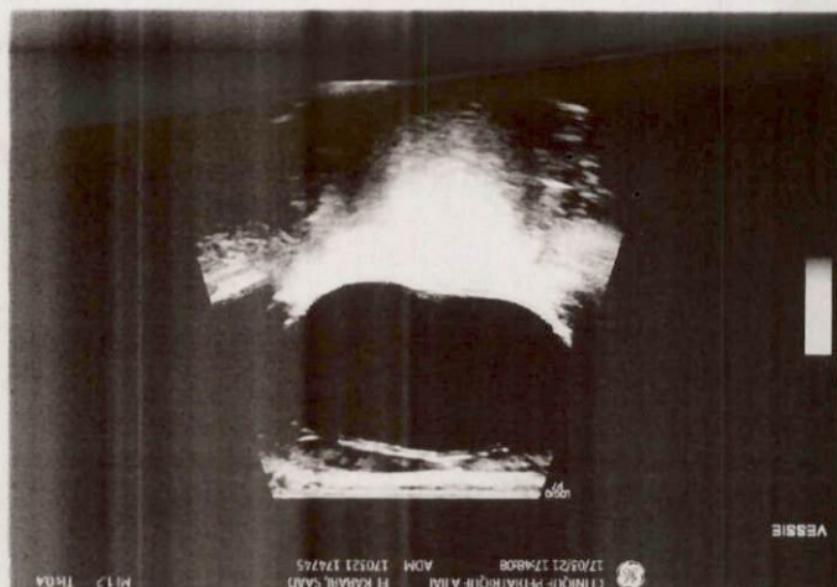
Conclusion :

Important météorisme abdominal.

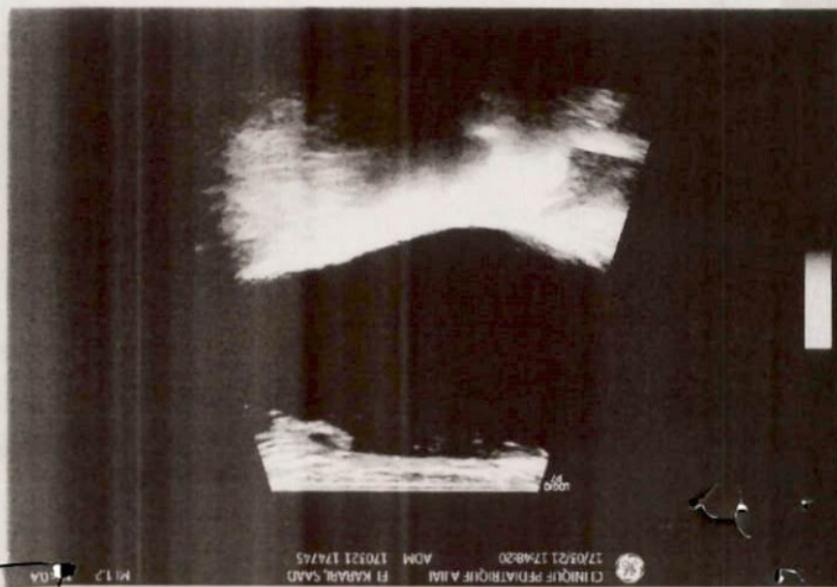
Absence d'anomalie par ailleurs.



99
98
97
96
95
94
93
92
91
90
89
88
87
86
85
84
83
82
81
80
79
78
77
76
75
74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
64
63
62
61
60
59
58
57
56
55
54
53
52
51
50
49
48
47
46
45
44
43
42
41
40
39
38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0



99
98
97
96
95
94
93
92
91
90
89
88
87
86
85
84
83
82
81
80
79
78
77
76
75
74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
64
63
62
61
60
59
58
57
56
55
54
53
52
51
50
49
48
47
46
45
44
43
42
41
40
39
38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0



RATE

REIN GAUCHE



men	
FR	21
A0%	100
CII	
Hq	50
Gn	45
SA	45
Civ	40
D	40
DR	66

REIN DROIT



men	
FR	21
A0%	100
CII	
Hq	90
Gn	46
SA	47
Civ	40
D	60
DR	66

FOIE



men	
FR	21
A0%	100
CII	
Hq	90
Gn	54
SA	47
Civ	40
D	80
DR	66