

# 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.



Declaration de Maladie

N° W21-620826

68756

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12765 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKABABI Mounim

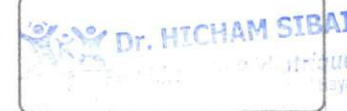
Date de naissance : 28/06/1984

Adresse : Bp Abou Shabari

Tél. : 0279499696 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.03.2021

Nom et prénom du malade : ELKABABI Saïd

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

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 : Casablanca

Le : 10/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17-03-2021      |                   | 3                     | 3000H                           | INP : 081027862  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

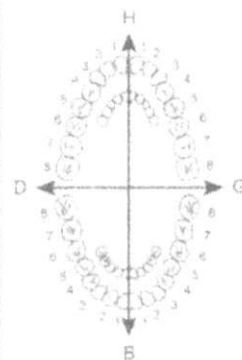
| Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologie | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 20/03/2021 |                              | 5000                   |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

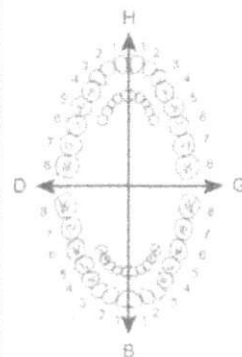
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |   |
|----------|----------|---|
| H        |          |   |
| 25539412 | 21433552 |   |
| 00000000 | 00000000 |   |
| D        |          | G |
| 00500000 | 00000000 |   |
| 35533411 | 11433553 |   |
| B        |          |   |

• [Création, remont, adjonction]  
Forçages thérapeutiques nécessaires à la prothèse

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC





Casablanca le : 17.03.2021

Enf: EL KABAÏ Saïad

Fissure anale +

Rectonagie.

= Chographie abdominale.

Clinique Pédiatrique AJAL  
Service de Radiologie  
347, Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.00

Dr. HICHAM SIBAI  
Service de Pédiatrique  
117, rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5<sup>ème</sup> étage N°25, Casablanca - Maroc  
Tél: 0522.28.04.05 / 0659.26.98.58

DR. HICHAM SIBAI  
PROFESSEUR EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE

CHIRURGIE DIGESTIVE  
CHIRURGIE URO-GENITALE  
CHIRURGIE NEONATALE

EX ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE



الدكتور هشام السباعي  
أستاذ في جراحة الأطفال

الجراحة الباطنية  
جراحة المسالك البولية  
جراحة المواليد و الرضع  
أستاذ سابق بكلية الطب

6 : 17.03.2021

## NOTE D'HONORAIRE

Nom : EL KABABI  
Prénom : Saad  
Nature d'examen : Consultation.  
Montant : 300,00 DH.  
Mode de règlement : Espèces

Cachet et signature

Circular stamp text: DR. HICHAM SIBAI, 117 Av 2 Mars, Angle rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5ème étage N°25, Casablanca - Maroc, Tél: 05 22 28 04 05 / 06 59 26 98 58

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 17/03/2021

**Pré-Facture N° 71268**

Etablie par HOUDA RECEPTION Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X1C173542

MUPRAS

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

Traitement : 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



# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
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.**

Dr. K. Miyara  
Médecin Radiologue  
Clinique Pédiatrique AJIAL  
Service de Radiologie  
347, Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.00



