

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-533375

9148



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9102

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MOSSAIR Med

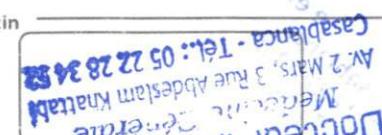
Date de naissance : 04/03/1962

Adresse : 0662767068

Tél. : 0662767068 Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



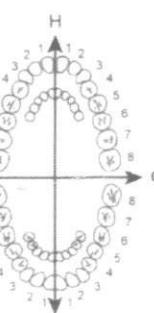
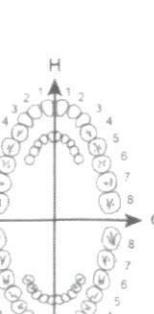
Le : / /

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
11-08-2011	ec	1	1500	INP 041037100 Casablanca - Tel: 0522 242 345 Av. 2 Mars, 3ème étage

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

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
22 27 81 77 - 03 22 21 27 81 82	11/08/21 70184		1200\$

AUXILIAIRES MÉDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																							
		MONTANTS DES SOINS																							
		DEBUT D'EXECUTION																							
		FIN D'EXECUTION																							
		O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																							
			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
			H	25533412	21433552																				
				00000000	00000000																				
			D	00000000	00000000																				
	35533411		11433553																						
B																									
G																									
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'EXECUTION																									

Docteur Ilham Chah.

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام
الفحص بالصدى

Dr NASSAÏR Mohaamed

Ordonnance

Casablanca, Le

11/08/2021

Dr NASSAÏR Mohaamed

Casablanca - Tel: 05 22 28 34 52
AV. 2 Mars, 3 Rue Abdesselam Khatabi
Medecine Generale
Besteuer NASSAÏR CHAH

RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX
Angle Rue Place Charles Nicole et
Rue Dr. Magendie - Casablanca
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

3, Rue Abdesselam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52 - تيل: 06 61 46 84 49 المستعجلات :

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

RÉSIDENCE PASTEUR

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 11/08/2021

Facture N° 3235/2021

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **NOSSAIR MOHAMMED**

Examen(s) réalisé(s) :
SCANNER THORACIQUE

Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **mille deux cents (1200 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DEUX CENTS DH

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

*RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX
Angle Rue Place Charles Nicolle et
Rue Dr. Magendie Casablanca
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01*

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

A/K

Casablanca , le 11/08/2021

Patient : NOSSAIR MOHAMMED
Médecin traitant : DR CHAH ILHAM
Examen réalisé : SCANNER THORACIQUE

Dr. N. BENNANI

Technique :

*Acquisition hélicoïdale millimétrique sans injection sur le thorax.
Bionettoyage du scanner à l'aide d'un détergent désinfectant pour les surfaces au
décours de l'examen selon les recommandations des services d'hygiène.*

Dr. Y. BOUZIDI

Résultats :

- Absence de verre dépoli.
- Absence de micronodulation centro-lobulaire.
- Absence de condensation systématisée.
- Absence de sécrétion endobronchique.
- Arbre trachéo-bronchique sans particularité.
- Absence de masse ou de nodule pulmonaire suspect.
- Absence d'adénomégalie médiastino-hilaire.
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique notable.
- Pas de lésion osseuse.

Dr. M.Z. CHAOUI

AU TOTAL :

-Absence d'anomalie parenchymateuse au scanner ce qui n'exclue pas une

infection Covid-19 dans les 1^{ers} jours d'apparition des symptômes.

-A confronter aux dosages de la RTPCR.

Dr. T. TAIFOUR

Signé : Dr TAIFOUR T

*RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX
Angle Rue Place Charles Nicolle et
Rue Dr. Magendie Casablanca
Tél. : 05 22 27 83 83 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01*