

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 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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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.

N° W19-469660

105696

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8051	Société : MPM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BNY AMAL			
Date de naissance : 1965			
Adresse : Casab Anfa			
Tél. : 23-85		Total des frais engagés :	
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Cachet du médecin :  Date de consultation : 13/10/2012 Nom et prénom du malade : Jakir Salma Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : affection ORL En cas d'accident préciser les causes et circonstances : </div>			
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 : 1/1/13	
Signature de l'adhérent(e) :			

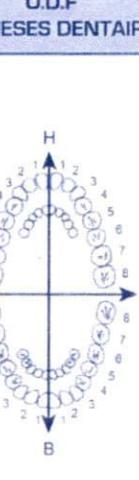


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie Dr J. P. RUE Casablanca - 20100 T. 52229355 tél. Fax 52229356	19/02/2002	2000 CORRECTURE d2	5000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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'QDF																											
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
						<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	G			B		
						H	25533412	21433552																			
						00000000		00000000																			
						D	00000000	00000000																			
35533411		11433553																									
G																											
B																											
MONTANTS DES SOINS																											
DATE DU DEVIS																											
DATE DE L'EXECUTION																											
[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																											

ORDONNANCE

Docteur SABIR Laila
Spécialiste des Maladies Respiratoires
INPE : 0910354436
Centre de diagnostic et traitement
des maladies respiratoires
Hay Hassani

19/02/2022

Jabli Salma

— enfant de M

autobus de la ville de Casablanca

lumbalgie, gêne articulaire

cervicale

Echographie cervicale de l'articulation

Docteur SABIR Laila
Spécialiste des Maladies Respiratoires
INPE : 0910354436
Centre de diagnostic et traitement
des maladies respiratoires
Hay Hassani

Signature

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 19/02/2022

FACTURE N°01948/2022

NOM & PRENOM: JAKIR SALMA

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICALE	500 DH
TOTAL	500 DH

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

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20220
Tél. 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 - Fax 0522 93 563
Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiographie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

DUPLICATA

Casablanca , le 19/02/2022

PATIENT : **JAKIR SALMA**

MEDECIN TRAITANT : **DR. SABIR LAILA**

EXAMEN(S) REALISE(S) : **ECHOGRAPHIE CERVICALE**

- Glande thyroïde de volume normal, homogène en dehors de quelques micronodules kystisés dont le plus volumineux siège au niveau lobaire gauche inférieur mesurant 5mm non classable.

Lobe droit = 5 cc (normal = 4 à 10cc).

Lobe gauche = 4 cc (normal = 4 à 10cc).

Isthme = 2mm (normal < à 5).

- Absence d'adénopathie cervicale au niveau jugulo-carotidien ou spinale de taille significative en dehors d'une adénopathie jugulocarotidienne gauche groupe III mesurant 28 x 5 mm d'échostructure hétérogène sans image de calcification décelable.
- Glande salivaire sous-mandibulaire et parotides sont d'aspect morphologique normal.

Conclusion :

- Glande thyroïde de volume normal siège de quelques micronodules kystiques non classables.
- Absence d'adénopathie cervicale de taille significative.

Confraternellement

DR. ELMDARI BOUCHAIB

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel. 0522 93 04 93 - 05 22 93 05 93 - Fax: 05 22 93 56 37

I.S