

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.

MUPRAS : 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- 048703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1938 Société : A16415

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme SLADUI HAYAT

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 22 Basse 2 n°18 Bd Yacoub el Houssein el Cayn

Tél. : 06 66 26 10 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 : Casablanca Le : 25 / 05 / 2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|--|
| Doppler vas NS | 23/05/22 | 1200 dh | Clinique JEKRAUA Service de Radiologie CASABLANCA Tel: 05 22 99 37 48 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

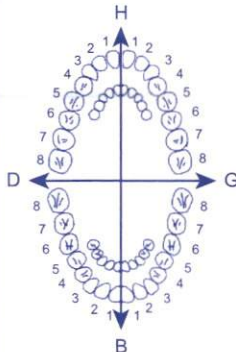
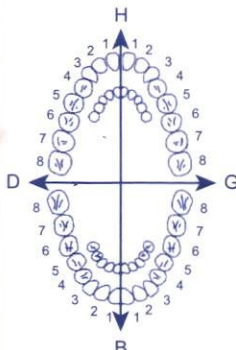
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| [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

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
|  <p>Centre Hospitalier Noor المركز المستشفى نور للدراسات</p> | <p align="center">ORDONNANCE</p> | <p align="center">R01 - EN - 08</p> |
|  <p>Centre Noor de Rééducation ET DE RÉADAPTATION KINOLONGA مركز نور للتأهيل والتأهيل الطبيعي</p> | | |

Nom : SLAOUI N° de dossier : _____
 Prénom : HANAFI

paraplégie avec Suspicion
 d'erysipèle et thrombose
 Cuisse Droite

⇒ faire échographie de

2 MI Clinique JERRADA CH
 Service de Radiologie
 CASABLANCA
 Tél : 05 22 99 37 48

le 22
 05
 22

Casablanca, le:

DR. SAID HAMMER
 Spécialiste
 INP: 098006206
 CENTRE HOSPITALIER NOOR

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 23-05-2022

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|----------------|---|-------------|----------------------|--|-----------------|--|
| Facture N° 09160/22 | | | | C. Débiteur | | | | page 1/1 | |
| A. Identification N° Dossier : CJO22E23094345 N° Identifiant : 061751/22 Nom & Prénom : Mme SLAOUI HAYAT C.I.N : B9096 Adresse : CASA | | | | Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 23-05-2022 Date Sortie : 23-05-2022 | | | | | |
| Médecin traitant : DR. CHU CHU | | | | Traitement : | | | | | |
| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total | | | |
| RADIOLOGIE | | | | | | | | | |
| 1 | ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS | | 1 200,00 | | | 1 200,00 | | | |
| | | | | | | Total Rubrique : | | 1 200,00 | |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 1 200,00 | | | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | TOTAL GENERAL | | 1 200,00 | |

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
 Service de Radiologie
 CASABLANCA
 Tel : 05 22 90 37 48



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

23/05/2022

PATIENT : SLAOUI HAYAT
PRESCRIPTEUR: DR. HAIMER SAID

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

TECHNIQUE :

Etude bilatérale par une sonde linéaire de haute fréquence.

RESULTATS :

Les veines fémorales communes et superficielles, ainsi que poplitées sont de calibre normal, perméables et normalement compressibles, continentes en bilatérale .

Infiltration des parties molles sous cutanés de la cuisse droite sans collection individualisée à ce niveau.

Quelques ganglions inguinaux droits à centre graisseux et à petit axe infracentimétriques.

CONCLUSION :

Absence de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

Infiltration des parties molles sous cutanés de la cuisse droite.

Merci de votre confiance.

Dr EL AISSAOUY

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tel : 05 22 99 37 48