

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1938 Société : 116415

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ryue SLADOUi HAYAT

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 12 Basse 2 n° 18 Bd Yacoub El Mawloud Casablanca

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) : J. Hayat

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Doppler V as n°	23/05/22	1200 dh	

Clinique JERRADA
 Service de Radiologie
 Dr SABLANCA
 22.99.77.48

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION

Nom : SLAOUI N° de dossier :
 Prénom : HAYFI

paralysie avec suspicion
 d'arythmie et thrombose
 cérébrale

→ faire échographie du

2 MI 
 Clinique JERRADA Casablanca
 Service de Radiologie
 CASABLANCA
 Tel. 05 22 99 37 48

le 22
 05
 2022

Casablanca, le:

CENTRE HOSPITALIER NOOR
 DR. SAISSI HAIMER
 INP. 098006206

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 23-05-2022

Facture N° 09160/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22E23094345

N° Identifiant : 061751/22

Nom & Prénom : Mme SLAOUI HAYAT

C.I.N : B9096

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-05-2022

Date Sortie : 23-05-2022

Médecin traitant : DR . CHU CHU

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
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 Casablanca
Service de Radiologie
ASABLANCA
Tel. 05 22 99 37 48

Ave. Abderrahim Bouabid - Casablanca Tél. : 05 22 23 81 81 Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.com - IF : 40280390 - ICE : 00162870500012- RIB : 230780404038722100950065

23/05/2022

PATIENT : **SLAOUI HAYAT**
PRESCRIPTEUR: DR. HAIMER SAID**ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS****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, continentées 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
Tél 05 22 99 37 48