

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 : Société : *118952*

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : *Bel Hach Abde malik*

Date de naissance : *12/01/69*

Adresse : *Ren Cala Melik Ben Abdellah*

Tél. : *0661318956*

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 : Le : / /

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

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
	14/04/22	Echographie Renale	400 Dh

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
D	
35533411	11433553
B	
G	

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

	L'EXECUTION
--	-------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. HACHEM REDA FATEH

■ Ex Chef de Département
Néphrologie-Hémodialyse Transplantation Rénale
Clinique Cheikh Zayd - Rabat

■ Ex Chef de Service
Néphrologie-Hémodialyse
Polyclinique CNSS Derb Ghalef - CASA

Casablanca, le :

BON DE RADIOLOGIE

Nom :

Mr. El Her

Date :

Prénom :

Abdenour

Age/Sexe :

Antécédents :

Drz/Has ④ iR.

Renseignement Cliniques :

Examens demandés :

Echophosphine Penals

Signature :

U.HAGEN MEDICAL FABRIK
Medizin Spezialist
Nephrologie - Hemodialyse



Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنسيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 14/04/2022

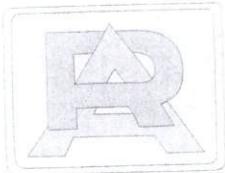
Facture N° : 001803/2022

- Nom patient : **MR EL HOR ABDERRAHIM**
- Examen(s) réalisé(s) : ECHO RENALE
- Net à payer T.T.C : 400 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : QUATRE CENTS DH
- Mode de règlement : ESPECE

L'adhérent :

Signature & cachet





Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : DR HACHEM REDA FATEN

Nom du patient : EL HOR ABDERRAHIM

Examen réalisé : ECHO RENALE Date : 14/04/2022

COMPTE RENDU

RC : 53 ans, Diabétique type II , HTA + IR

RESULTATS :

- Rein droit de taille normale, (11x 5,7 x3,9 cm) de contours réguliers, avec bonne différenciation cortico-médullaire et absence de dilatation des cavités excrétrices rénales
- Rein gauche de taille normale, (10,8 x 5 x3 cm) de contours réguliers, avec bonne différenciation cortico-médullaire et absence de dilatation des cavités excrétrices rénales
- Epaisseur corticale à droite : 19mm et à gauche 19,5 mm
- Vessie pleine à contenu transonore et à paroi fine

CONCLUSION :

- Echographie rénale ne révélant pas d'anomalie.

