

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-698631

120839



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HABATI HASNAA

Date de naissance :

Adresse :

4-LOT-HANZA-SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 9629

Total des frais engagés : 1348,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENSGHIR Imad
Omnipraticien
INPE : 091263491
Tél : 05 20 23 79 09

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2022
Nom et prénom du malade : HABATI HASNAA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dental Abdominal (occlusion intestinale)

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 :

02/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : Dr. BENSGHIR Imad

INPE : 091263491
Tél : 05 20 23 79 09

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
2021/04/20 2021-04-20	co		Mb, 00	INP :  

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
I.F.I. 1879652 I.F.I. 1879652	02/04/22	80% 20%	2000,-
Dr. CHERKAOUI A.C.M. MEDECIN RADIologue	02/04/22	100%	1000,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

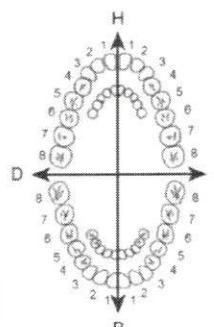
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le 02/04/22

HARATI HASWAAS

POLYCLINIQUE ADDAMAN
DERB-CHALLEF Casablanca
Caisse Urgences

- OCCUSSION probable

GTDA Abdon

Dr. BENSGHIR Imad

Omnipraticien

INPE : 091263491

Tél : 05 20 23 79 09

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

+C1 | وصفة
ORDONNANCE

درب غلف
DERB GHALLEF

Le 02/04/2022

HABATTI NASNA

Dokter Mbounch
Difka Nansie Jomsi
Dr. Bensghir Imad
Dr. BENSGHIR Imad
Omnipraticien
0522 86 30 20 23 79 05
رقة الضمان درب غلف الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



Polyclinique
Derb-Ghallef

Casablanca le : 02/04/2022

Patient (e) : HARATI HASNA

TDM ABDOMINO-PELVienne

TECHNIQUE

Coupes axiales sans et injection de produit de contraste.

RESULTAT

Il existe une distension grêlique avec au niveau de la région hypogastrique médiane avec disposition en C des anses

Absence d'épanchement intra-péritonéal.

Foie homogène de taille normale et de contours réguliers.

Vésicule biliaire de paroi fine.

Voies biliaires non dilatées.

Rate, reins, et pancréas sans particularité.

Vessie sans anomalie endoluminale ou pariétale.

Absence de masse abdominale ou pelvienne.

EN CONCLUSION

Aspect en faveur d'une occlusion grêlique probablement sur hernie interne

DR CHERKAOUI AICHA
Dr. CHERKAOUI AICHA
MEDECIN RADIOLOGUE
I.F. 18798672

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 02/04/2022/2022

Patiante (e) : HABATI HASNAA

Médecin prescripteur : DR BENSGHIR

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Distension d'anses digestives en péri ombilical et pelvien

Foie taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

Vésicule biliaire ne présente pas d'anomalies pariétales ou endoluminales.

Absence de dilatation des voies biliaires.

Tronc porte perméable.

Rate et pancréas taille et échostructure normale.

Reins taille normale, contours réguliers, parenchyme bien différencié, cavités non dilatées.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

Absence d'anomalies appendiculaires

CONCLUSION : occlusion intestinale probable, à compléter par une TDM abdominale

DR CHERKAOUI AÏCHA

Dr. CHERKAOUI AÏCHA
MÉDECIN RADIologue
n° 18798652

POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1285739	N° SEJOUR : 220029278	FACTURE N° 2203011574				DATE D'ENTREE : 02/04/2022		DATE DE SORTIE : 02/04/2022				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : AYYAD,Chaimaa		UF: 5003 RADIOLOGIE				AYYAD,Chaimaa						
NOM JEUNE FILLE : HASATI HASnaa		N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1:		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2:		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1:	REF. PC 2:	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE		TDM		1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE				TOTAUX : 1000.00								1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :								ACOMPTE:
				REMISE : 0.00		REGLE : 1000.00						AVOIR :
				RESTE DU: 0.00								
DATE FACTURE : 02/04/2022 EDITEE LE : 02/04/2022 PAR: BAKHRI				ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :								
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef								
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA								
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31								

POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

N° IPP : 1285733	N° SEJOUR : 220029266	FACTURE N° 2203011569				DATE D'ENTREE : 02/04/2022		DATE DE SORTIE : 02/04/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : HABATI, Hasna		UF: 5003 RADIOLOGIE				HABATI, Hasna				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE		TOTAUX : 200.00							200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE:				AVOIR:	
		RESTE DU:	200.00						
DATE FACTURE : 02/04/2022		EDITEE LE : 02/04/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef					
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1285733	N° SEJOUR :	220029310	FACTURE N° 2205007874				DATE D'ENTREE : 02/04/2022		DATE DE SORTIE : 02/04/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		HABATI,Hasna	
MALADE :	UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S. :						
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				28.00					0.00	28.00	
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96	

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	148.96							148.96
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :	148.96		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 03/04/2022	EDITEE LE : 05/04/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
		DATE AT :							
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef							
		BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
		N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							