

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

M22- 0008577

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Noujil mohammed

Date de naissance :

Adresse : T NARAI Rue I n° I casa

Tél. 0623 24 8822 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : oumati RABIA Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : CH

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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
OUMAR ALAOUI MY ABDELAZIZ REGISSEUR DE C.H.P 010004893	08/01/21	T.D.M	700,00 DH 103627 R

ANEXE II : FICHES 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D	B		
[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

FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 010004893

N° Compte Courant : 21 40

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE OUED ED-DAHAB

N°Facture : 6119

Identification :

Index Patient : 39112001-01-154262

N° Examen : 10560

Nom et Prénom : OUMATI RABIA

CIN :

Adresse :

Lien Parenté :

Nom et Prénom :

N°CIN :

Débiteur :

PAYANT

FACTURE IMPAYÉ

Date :

Date Examen : 08/06/2022 10:44:57

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
ACTE DE SCANOGRAPHIE. L'EXAMEN EFFECTUÉ À L'AIDE D'UN APPAREIL DE TOMODENSITOMÉTRIE, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE DE COUPES NÉCESSAIRES, AVEC OU SANS INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE, D'UNE DES RÉGIONS ANATOMIQUES SUIVANTES: TÊTE; COU; THORAX; ABDOMEN; PELVIS; MEMBRES; RACHIS	TDM	Z		1,00	1,00	700,00
Montant Total :						700,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENTS DIRHAM(S)

Montant payé: 700,00

Montant Total : 700,00

Fait à Oued Ed-Dahab le 08/06/2022

10:46:16

Signature du responsable :





Mme Oumati Rabiaa

le 08/06/2022

TDM abdomino pelvienne

Technique :

Examen réalisé en mode spiralé sans et avec injection de PC/IV avec reconstructions multi planaires.

Résultat :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et de densité homogène sans lésions d'allure secondaire.
- Absence d'anomalie des voies biliaires.
- Reins, rate et pancréas sont sans anomalie tomodensitométrique.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie d'aspect normal.
- Hernie hiatale par glissement.
- Stase duodénale comme en témoigne le niveau hydro-aérique au niveau de D2, sans disparité de calibre, sans anomalies pariétales, et sans compression extrinsèque sur cet examen : à compléter par une fibroscopie.
-Absence du syndrome de la pince mésentérique par ailleurs-.
- La Plaque est en place.
- Mise en évidence de deux trajets fistuleux paramédians , sous ombilicaux, étendus sur 30 mm chacun, drainant une infiltration pariétale partant de la plaque vers le tissu cutané sans collection scannographiquement décelable, superficielle ou profonde.
(l'échographie pariétale reste supérieure au scanner pour la recherche des collections de petites tailles ou du fil ou de matériels infectés)

Docteur Richard ABITTAN
EXPERT EN CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

CHIRURGIE DIGESTIVE
ENDOCRINIENNE ET VASCULAIRE

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ
CENTRE DE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

Accord D^o A.B.L
le 08/06/2022

الدكتور ريشار أبستان

خبير في الجراحة بالمنظار

جراحة الجهاز الهضمي

جراحة الغدد والشرابية

جراحة السمنة

مركز معالجة السمنة

M. Amine Rehi

2

hostile sur flaque - ou sur fils

Tony dodo jolien

meille

b 28/07/22

Dr. Richard ABITTAN
Chirurgien Digestive de l'Obésité
22, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél: 05 22 22 43 78 - Fax: 05 22 48 36 42
site web: richardabittan.com

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé
 Centre Hospitalier
 Régional Oued-Eddahab
 S. E. G. M.A

Nº 0003627R

Reçu du M: Oumati Ratiba
 La somme de : Sept Cents 00

Quittance

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
<u>50M</u>	<u>6M9</u>	<u>509,00</u>
<u>TOTAL :</u>		<u>509,00</u>

~~OUAMAR ALAOUI~~
~~ABDELAZIZ~~
~~RÉGISSEUR à l.C.H.P~~
 Cachet du Service
 Le 20/01/2015
 Signature du Régisseur Samira