

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 - 5ème 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

M22- 0008577

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Nouji Mohammed
Date de naissance : 1942
Adresse : INARAI Rue I n° I Casa
Tél. 0623 248822 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : oumadi 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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


 OUMAR ALAQUI MY ABDELAZIZ
 REGISSEUR DE C.H.P.
 07000 4893
 28/06/22
 TDM
 700,00 DH + 03627R

AGENCE DES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

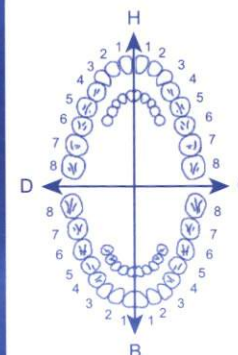
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

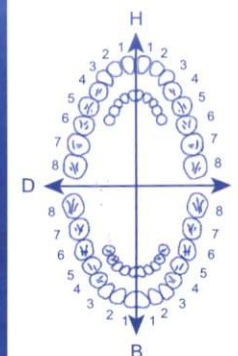
[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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
Actes						
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	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 tomodensitométrie.
- 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 : a 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 fils 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 D²A¹D
le 08/06/2022

الدكتور ريشارد أبيتان

خبير في الجراحة بالمنظار

جراحة الجهاز الهضمي
جراحة الغدد و الشرايين

جراحة السمنة
مركز معالجة السمنة

Me Amata Kellu

2

fistule sur flaque - a sur fils

TDM date patient
reçue

le 28/07/22

Dr. Richard ABITTAN
Chirurgien Digestif 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

N° 0003627R

Quittance

Reçu du M:

La somme de :

Amati Raboria
Sept Cents m/

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
DDM	6M9	7900
TOTAL :		7900

Cachet du
Service

OUMABIALAOUI
ABDELAZIZ
RÉGISSEUR D.E.C.H.P

Le 16/07/20

Signature du

Régisseur

SAMIA