

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.

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

AL3/26

| | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>8659</u> | | Société : <u>RAM</u> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | <u>NAOUR Abdellah</u> |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : <u>21-4-1968</u> | | | |
| Adresse : <u>Rue Jbel P2 Bt Immeuble RAMZINE n°6</u> | | | |
| Etg : <u>02</u> | | Tél. : <u>661450263</u> | |
| | | Total des frais engagés : <u>500 dh</u> | |
| Dhs | | | |

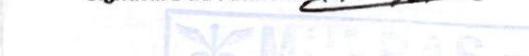
| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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 : 25/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : NAOUR Abdellah

Le : 28-1-2022



8

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>CLINIQUE DE LA 14, Rue TA Casablanca - Tel. 05 22 INPE 090003360</i> | 30/06/22 | Ech. | 500 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|----------|----------|--|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|-----------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | | G | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mina ALYOUNE

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Spécialiste des Maladies Digestives et Proctologie

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales...)

Fibroscopie Digestive, Echographie

Consultation tous les jours

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة مينة عليون

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلية بالدار البيضاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجرأة المواتير

علاج المخرج (المواتير والدم)

الفحص بالمنظار الداخلي وبالصدى

بالموعد

Casablanca, le 29/06/27 الدار البيضاء، في

M^o Ait Laâdiou Khaddaoui

Echographie abdominale

CLINIQUE LA SOURCE
11 Rue TAKI EDDINE (Ex. Berne)
Casablanca - Tel: 65 22 20 14 40
INPE 090003350

Dr. ALYOUNE Mina
Hepato Gastro Entérologue
Proctologue
52 Bd. Zerkouni, Casablanca
Tel: 0522 27 57 51/56 INPE 09100960

52 Bd Zerkouni (Espace Erreda, 5ème étage) en face du Marché des Fleurs et de l'Hôpital d'Enfants - Casablanca

Tél. : 0522 27 57 56 - 0522 27 57 51 - E-mail : alyounemina@gmail.com

CLINIQUE LA SOURCE

14,Rue Taki Eddine (Ex Berne)
Quartier des Hopitaux -20000 Casablanca
Tél. 022 20 14 40/41 - Fax :022 20 13 99

F A C T U R E

N° : 2634 / 2022 du 30/06/2022

Nom patient AIT LACHGAR KHADDOUJ Entrée 30/06/2022
PAYANT Sortie 30/06/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| ECHOGRAPHIE | 1,00 | ECHO | 500,00 | 500,00 |
| Total Clinique | | | | 500,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|--------------------|--------------|---------------|
| CINQ CENTS DIRHAMS | Total | 500,00 |
|--------------------|--------------|---------------|

CLINIQUE LA SOURCE
14, Rue TAKI-EDDINE (Ex. Berne)
Casablanca T. 022 20 14 40
INPE 190003369



الفحص بالأشعة - مصحة الماء RADIOLOGIE CLINIQUE LA SOURCE

- SCANNER SPIRALE 16 B : UROSCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, ABDOMINAL, PELVIEN, THORAX, CRANE, OSTEO-ARTICULAIRE, ORL.
- ECHOGRAPHIE AVEC DOPPLER COULEUR, - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE.

Casablanca, le **30/06/2022**

Nom prénom : AIT LACHGAR KHADDOUJ

Nature de l'examen : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Examen demandé par : DR. ALYOUNE

Indication :

Douleurs abdominales.

Résultats :

Foie homogène, de taille normale, et de contours réguliers, sans lésion nodulaire visible.

Vaisseaux à destinée hépatique de calibre normal.

La vésicule biliaire assez pleine, siège de plusieurs lithiasés infracentimétriques, mobiles aux changements de position.

La paroi vésiculaire est fine régulière.

Pas de dilatation des voies biliaires intra hépatiques.

La VBP mesure entre 6.5 et 6.8 mm de diamètre.

Pancréas d'aspect morphologique normal.

Rate homogène, de taille normale.

Les reins sont en place, de taille normale, de contours réguliers avec bonne différenciation cortico-sinusale.

Pas de dilatation des voies excrétrices.

Pas d'épanchement péritonéal.

En conclusion :

Vésicule multilithiasique avec une VBP de calibre limite : A confronter au bilan biologique.

Le reste de l'examen est sans particularités.

Dr A. SOUHAIL
Dr. Abdeltif SOUHAIL
Radiologue
Clinique La Source
14, Rue Taki-Eddine Qu. Des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 05 22 20 14 40

