

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 canaux, 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 canaux.

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.

N° W19-476626

126645

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 2075 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ?

Nom & Prénom : FKI HANE Mohamed

Date de naissance : 23/06/22

Adresse : 23, Rue 232, Hay Mg Abdallah

Tél : 0661159857 Total des frais engagés : _____

Cadre réservé au Médecin : _____

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/22

Nom et prénom du malade : FKI HANE Mohamed Age: 73

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : trouble digestif

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 02/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
02/06/12	12	-2000	125,000	INP: 081017582
02/06/12	plus altération	-3000		

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/06/22	12	-200,00	125,00	INP : 081017582
02/06/22	ach. al. lib. -	-300,00		

[illegible]

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

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

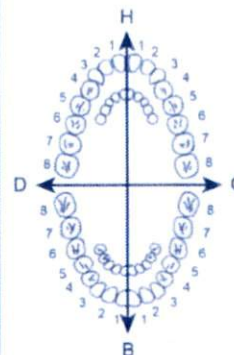
[illegible]

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Nouredine BELHAJ

Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes

diplômé de la faculté de Médecine de Lyon et Paris

Ex. Chef de service à la polyclinique CNSS

Echographie Digestive

Endoscopie Digestive

Proctologie



الدكتور نور الدين بلحاج

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-الأمعاء-البواسير

خريج كلية الطب بليون و باريس (فرنسا)

رئيس قسم مصحة ص.و.ض.ج سابقا

الفحص بالأمواج مافوق الصوتية

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

جراحة المخرج

Casablanca, Le **02 Juin 2022** في الدار البيضاء

FACTURE COMPTANT

Malade	Nom: FKI HANE	INPE :	
	Prénom : Mohamed	091017582	
ICE 00 168 69 32 00 00 59			
Nature de la prestation			
C2+ Echographie abdominopelvienne			500.00
TOTAL	Dr. Nour-Eddine BELHAJ Gastroentérologue 125, Avenue 2 Mars - CASA Tél : 05 22 81 22 20		500.00 dhs

Arrêter la présente facture à la somme de ~~500~~ cinq cents dh, 00 cts.

125, Avenue 2 Mars, 1er Étage, Résidence Abdellah Yassine - Casablanca (À côté Mosquée Al Houda)

125, شارع 2 مارس، الطابق الأول، إقامة عبد الله ياسين الدار البيضاء (قرب مسجد الهدى)

الهاتف: 05 22 81 22 20 (+212) / Tél.: 06 61 17 03 44 : المستعجلات / Urgences



5,78!

FKi HAW e.
No leaved.

kyrte
reim e. bi lobé



85
an
φ

Véticule bleue

reim m.

الدكتور نور الدين بلحاج

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-الأمعاء-البواسير

خريج كلية الطب بليون و باريس(فرنسا)

رئيس قسم مصحة ص.و.ض.ج سابقا

الفحص بالأمواج مافوق الصوتية

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

جراحة المخرج



Dr. Nouredine BELHAJ

Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes

diplômé de la faculté de Médecine de Lyon et Paris

Ex. Chef de service à la polyclinique CNSS

Echographie Digestive

Endoscopie Digestive

Proctologie

Casablanca, Le 02 Juin 2022 في الدار البيضاء

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Nom et prénom: FKI HANE Mohamed Age : 73 ans

Clinique :

Douleur abdominale diffuse type colique

Intermittente récente.

Nycturie, pas de brulure mictionnelle.

COMPTE RENDU :

Le foie présente une écho structure homogène, ses contours sont réguliers et sa taille est limite.

Absence d'anomalie de calibre ou de trajet des structures veineuses portales et sus hépatiques,

Vésicule biliaire : RAS.

Pancréas apparemment normal, examen gêné par L'abondance de gaz digestifs.

Rein droit, rein gauche et vessie : RAS.

prostate : augmenté de volume, légèrement hétérogène et de contours réguliers ; poids estimé a 50g.

Kyste bilobé volumineux au niveau du pole supérieur du rein gauche de 85mm de grand diamètre.

CONCLUSION :

Aérocolie assez importante.

Hypertrophie prostatique.

Gros kyste bilobé du rein gauche.

Dr. Nour-Eddine Belhaj
Gastroentérologue
125, Avenue 2 Mars - CASABLANCA
Tél : 05 22 81 22 20

125, Avenue 2 Mars, 1er Étage, Résidence Abdellah Yassine - Casablanca (À côté Mosquée Al Houda)

125, شارع 2 مارس, الطابق الأول, إقامة عبد الله ياسين الدار البيضاء (قرب مسجد الهدى)

الهاتف: 05 22 81 22 20 (+212) / Tél.: المستعجلات: 06 61 17 03 44 Urgences