

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.

N° W19-476626

1266uf

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : <u>2085</u> | Société : <u>R.A.M</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>?</u> |
| Nom & Prénom : <u>FKI HANE Mohamed</u> | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : <u>23, Rue 232, Hay My Abdallah Casablanca</u> | | | |
| Tél. : <u>0661158857</u> | Total des frais engagés : | | |
| Cadre réservé au Médecin  Cachet du médecin : <u>FKI HANE Mohamed</u> <u>06-08-2022</u> <u>Dr Nasser Hanech</u> <u>Gastroentérologue</u> <u>125, Avenue 2 Mai - Casablanca</u> <u>Tél : 06 22 81 77</u> | | | |
| Date de consultation : | <u>06-08-2022</u> | Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <u>Invalide digestif</u> | | | |
| 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'agent de la Mutuelle. | | | |

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 02/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/06/22 | 12 | = 200,00 | 125, RT : 05/06/22 | INP : 081013582 |
| 02/06/22 | actes de laboratoire | = 300,00 | 125, RT : 05/06/22 | Dr. Nour Radiologie BELIE CASA 2 Mars - CASA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

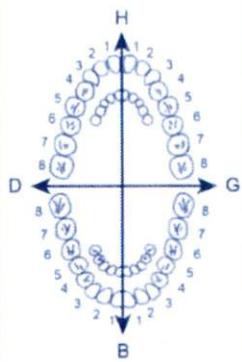
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

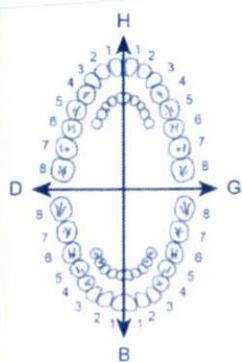
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

Dr. Noureddine 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

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-الأمعاء-البواسير

خريج كلية الطب بليون و باريس(فرنسا)

رئيس قسم مصححة ص.و.ض.ج سابقا

الفحص بالأمواج مأ فوق الصوتية

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

جراحة المخرج

02 Juin 2022
Casablanca, Le الدار البيضاء، في

FACTURE COMPTANT

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Malade | Nom: FKIHANE Prénom : Mohamed | INPE : 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 : +212 522 8122 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 : 06 61 17 03 44 / المستعجلات : Tél.: +212 05 22 81 22 20

mindray

Dr Bargaoui noureddine

02-06-2022 12:15:46

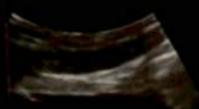
AP 95.8% MI 0.7 TIS 0.2

AP 95.8% MI 0.7 TIS 0.2

DC-30

3SC50P
ABD Adulte
B
F 4.5M
D 16.6
G56
FR 56
DR 110
iClear 3
iBeam

m



? Dist 8.26 cm

! Dist 5.36 cm

5,78!

Féminine.

Non allaitée.

puerte
vaginale
en 1/2 lobé

mindray

Dr Bargaoui noureddine

02-06-2022 12:11:56

AP 95.8% MI 0.7 TIS 0.2

AP 95.8% MI 0.7 TIS 0.2

DC-30

3SC50P
ABD Adulte
B
F 4.5M
D 16.6
G56
FR 56
DR 110
iClear 3
iBeam

m



Vésicule biliaire

non WT.

85

mm

φ

الدكتور نور الدين بلحاج

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-الأمعاء-البواسير

خريج كلية الطب بليون و باريس(فرنسا)

رئيس قسم مصحنة ص.و.ض.ج سابقا

الفحص بالأمواج مافوق الصوتية

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

جراحة المخرج



Dr. Noureddine 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 الدار البيضاء، في

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Nom et prénom: FKHANE Mohamed Age : 73 ans

Clinique :

Douleur abdominale diffuse type colique

Intermittente récente.

Nycturie, pas de brûlure 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 à 50g.

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

CONCLUSION :

Aérocolie assez importante.

Hypertrrophie prostatique.

Gros kyste bilobé du rein gauche.

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

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 الحدبى)

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