

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

- Reclamation : 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 - 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

Déclaration de Maladie

N° W19-478037

13 1489



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

10573

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

COUAFI

SATI

Date de naissance :

16/04/71

Adresse :

LOT BLAD CHAMIA 254 ou LIFA

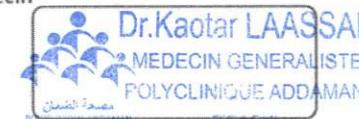
Tél. :

0610866576

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

26 09 2022

Nom et prénom du malade :

Louafi Saïd

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathie de connaissance + cephalees

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 :

CASA

Le :

26 10 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
26/09/2021	C.G.			INP: 0012301860 Dr. Kaoutar LAASSAL MEDECIN GENERALISTE POLYCLINIQUE ADDAMAN TIC

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
DR MASTOURI MOHAMED Radiologue Radiodentiste CNSI SFRD Radiodentiste INPE: 91036335	26/09/22	8200	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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"/>
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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				

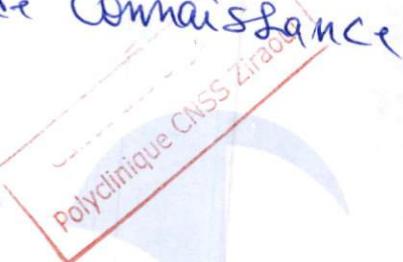
وصفة
ORDONNANCE

le 26/09/2022

M^{me} Louafi Saïd

Céphalées + perte de Connaissance

faire SVP



IRM Cérébral





Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 27/09/2022

Patient (e) : LOUAFI SAID

Médecin prescripteur : Dr

IRM CEREBRALE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUE : Epilepsie

TECHNIQUE : Axial FLAIR, T2 et T2*. Sagittal SE T1. Diffusion et ADC. Coupes fines coronales sur les aires hippocampiques ; Coupes anatomiques 3D fines , Fiesta 3D

RESULTAT :

- Absence d'anomalies de signal parenchymateux en sus ou sous tentoriel hormis des spot en hyper signal Flair sus tentoriel non spécifique
- Pas de processus expansif
- Structures médianes en place.
- Sillons corticaux, vallées sylviennes et système ventriculaire de taille et de morphologie compatible avec l'âge
- Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.
- Cisternes de la base libres.
- Pas de collection péri cérébrale
- Intégrité des aires hippocampiques sans atrophie localisée ni hypersignal cortical.
- Pas de malformation corticale décelable
- Absence d'anomalies du paquet acoustico facial

CONCLUSION :

- IRM cérébrale sans anomalies notables hormis des spots en hyper signal Flair sus tentoriel non spécifique

INPE : 91036335
Dr MASTOUR MOHAMED
Dr MESSAOUD
Radiologie
CNSS-Derb Ghallef
DR MASTOUR MOHAMED

N° IPP : 1325644	N° SEJOUR : 220085890	FACTURE N° 2203033781				DATE D'ENTREE : 27/09/2022		DATE DE SORTIE : 27/09/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		LOUAFI,Said		
MALADE : LOUAFI,Said		UF: 5003 RADIOLOGIE								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	IRM	1.00	2200.00	2200.00					0.00	2200.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED		TOTALS :		2200.00						2200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENTS DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
		REMISE : 0.00		REGLE :					AVOIR :	
		RESTE DU: 2200.00								
DATE FACTURE : 27/09/2022		EDITEE LE : 27/09/2022		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

DERB GHALLEF
CASSA NATIONALE
CNSS
CASABLANCA

IRM Cérebral