

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 008176

Société : RAM VEN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BICHA JIRALI

Date de naissance :

19.09.1962

Adresse :

WAY AL MAAMOURA N°46, SECTEUR 5

TEMARA MAROC

Tél. : 06.66.26.11.17 Total des frais engagés : 1915,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed GOUILAL
Anesthésiste Réanimateur
Medecine d'Urgence
Traitement de la Douleur
ICE: 00210809900003

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31.10.2022

Nom et prénom du malade : RAT HIND ep BICHA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Consultation préconsultation

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 : _____

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/10/2022 | Chirurgie | | | Dr Mohamed SOUSSI Anesthésiste Réanimateur Médecin d'Urgence Traitement de la Douleur ICE: 00210809900054 |
| | | | | CLINIQUE L'HOSPITAL Dr Anouar Casabianca Tél: 05 22 13 66 66 - Fax: 05 22 13 66 66 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL HOSPI SARL AU 45, Bd Mokhtar Soussi Casabianca Tél.: 05 22 28 01 62 | 04/11/2022 | 615.10 |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| CASAPATH | 02/11/2022 | P 900 | 1000,00 |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

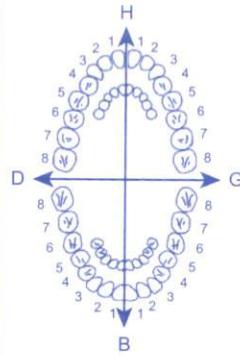
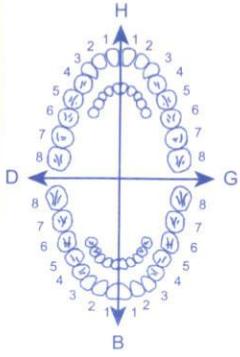
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | 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 |
|---|---|------------------|-------------|--|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 | | | |
| | D 00000000 00000000 35533411 11433553 | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

PHARMACIE EL MESJID
SARL AU
445, Bd Mokhtar Soussi
Casablanca
Tél. : 05 22 46 01 62

Casablanca

G M. 22

Bri pho Hindes
nne R.

6000 x 3

1) Ferplex 4g

(4) 4g / 1 pel

34700

2) Novopen 400

4000

3) Flagyl 500

3830

4g / 1

4) Polyevgynob ocrel
61160 10 g - pte65

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat, R.P. 1 - Ain Sebaa
20250 Casablanca



LOT 2220841
EXP 05 2024
PPV 347,000

PER : 22E006

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

6 118001 060062

Bd. Alkmia N° 6 - Chambre des Commerce
Casablanca / Maroc
P.P.V : 38DH30

6 118001 182015



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : *Bel L A.*

Nom et prénom du patient : *Bachir Mous*

Age : *19 ans* Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

mystère total avec

bel fœtus dans utérus

Organes prélevés : *ut fœtus*

Nature de l'acte réalisé :

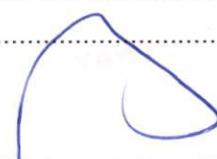
Biopsie antérieure : Oui Non Réf. :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet





CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044 IF 40204512

FACTURE

REF : 22/9772

Date de facturation 02 / 11 / 2022
Médecin traitant Dr. BELGHITI SAID
Patient R ATI HIND EP BICHA - 100076
Demande H21102245 - 02/11/2022

Liste des examens

HYSTERECTOMIE TOTALE

| | Total | Dhs |
|-------------------|--------|-----|
| coefficient-P | 909 | |
| Mode de règlement | Cheque | |

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DIRHAMS

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage N° 1 - Casablanca
Tel: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 14 24



Casablanca le, 02/11/2022

FACTURE

NOM ET PRENOM

: MME R ATI HIND

ACTE

: Consultation

MONTANT

: 300,00 DH

SOIT

: (Trois Cent Dirhams)

CLINIQUE L'HERMITAGE
35, Bd Anoual-Casablanca
Tél: 0522 8655 66 Fax: 0522 8655 77

Le 2 novembre 2022

CL L'HERMITAGE
35 BD ANOUAL ANG. RUE DE LA PEPINIERE
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 08176_1962-09-19_JILALI
N/REF : 20223060018259
Adhérent : BICHA JILALI

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de HIND RATI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 10755.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 2345.00 MAD

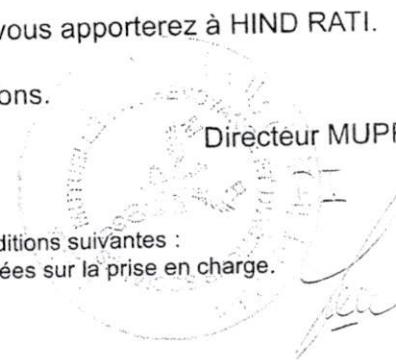
Validité de prise en charge : du 02-11-2022 au 02-02-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à HIND RATI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.


Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

CENTRE DE PATHOLOGIE SPECIALISEE CASABLANCA
Dr. Lamia JABRI Dr. Amal Benkirane

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Référence : H21102245



Médecin traitant : Dr. BELGHITI SAID

Date réception : 02/11/2022

Date réponse : 05/11/2022 à partir de 17H

Org. : Aucun

Examen : Histologie

Nature prélèvement : HYSTERECTOMIE TOTALE

Total 1 000,00 Dhs Avance : 1 000,00 Dhs Reste : 0,00 Dhs

Chèque

Code Patient :

100076

Nom & Prénom :

RATI HIND EP BICHA

Age : 46 ans

Contenant :

Bloc : 0

Lames : 0

Flacon : 1

Seringue : 0