

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 : 714 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAOUZ

Date de naissance : 1946

Adresse : Rondene EL HAMOUD FARAH SIDI MOUSSA

Tél. 0644 28 22 98 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2022

Nom et prénom du malade : EL ALLAOUI BAHIA Age : 74

Lien de parenté : Fille-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection dermatologique

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 : 07 DEC 2022 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : BAHIA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
13/12/2002	C/S		300,00	Le praticien a vérifié la facture et la date de paiement. Il a également vérifié que les honoraires sont correctement calculés et payés.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE MARAIF	2003/12/20/99		500,00
BERRADA M. BEN YAHIA			
17, Rue Ned Bahi			
Tél: 0522.23.74.82			
Fax: 0522.23.77.05			

AUXILIAIRES MEDICAUX

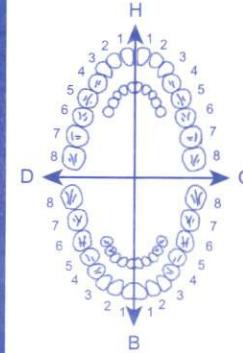
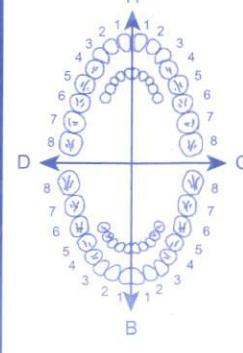
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	D 00000000	G 21433552 00000000	
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Dr.Abdellah MORTAKI

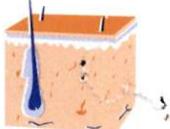
Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuelle

Transmissibles Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles

Greffé des cheveux

Cosmétologie - Laser



Ancien Interne du CHU de Lille

Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy

Ancien Assistant du CHU de Bruxelles

Ancien Médecin des Hôpitaux militaires

Membre de la société Française de Dermatologie

الدكتور عبد الله مورتاكى

إخلاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد والأطفال

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بمستشفى الجامعي تونسي

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le 13/10/2011

الدار البيضاء، في

SCALI BATH

Dr. Farha Dr. Fenn

Echographie

Dr. Abdellah MORTAKI
Résidence JAWHARA
Bd Abdelmoumen
Casablanca
Tél: 0522 20 92 80
Fax: 0522 49 15 85

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADAM. BENYAHIAZ.
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522 25.74.82
Fax: 0522 23.77.05

BERRADAM. BENYAHIAZ.
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522.23.77.05

131 شارع عبد المؤمن، إقامة جوهرة عبد المؤمن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف : 80 92 20 05 / الفاكس : 05 22 49 15 85
131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10
Casablanca - Tél : 05 22 20 92 80 - GSM : 07 62 92 58 73 - Fax : 05 22 49 15 85 - E-mail : abdmortaki@yahoo.fr

Patente : 36363774 - IF : 42044012 - CNSS : 8080054 - ICE : 001691516000063 - INPE : 091163006

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 4348 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 03/12/2022

Facture

Nom & Prénom : **EL ALAOUI BAHIJA**

Date d'examen : 03/12/2022

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE PARTIES MOLLES	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

*RADIOLOGIE MÄÄRIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522.23.77.05*

Casablanca , le 03/12/2022

R/S

Mme. EL ALAOUI BAHIJA
DR MORTAKI ABDELLAH

ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES
FESSIERE GAUCHE :

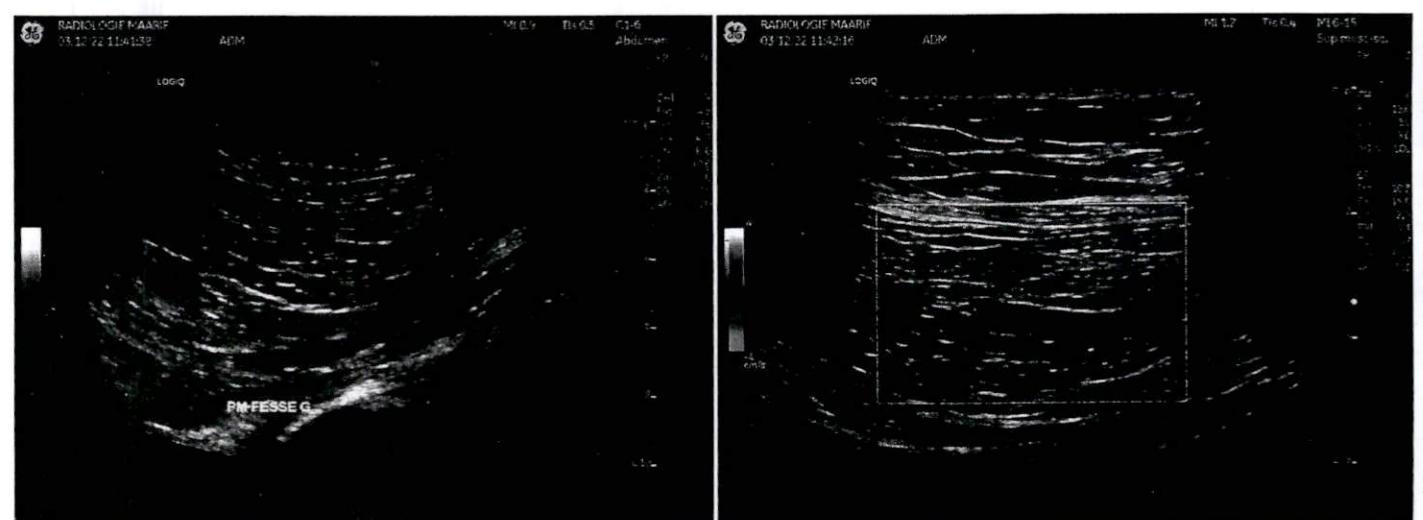
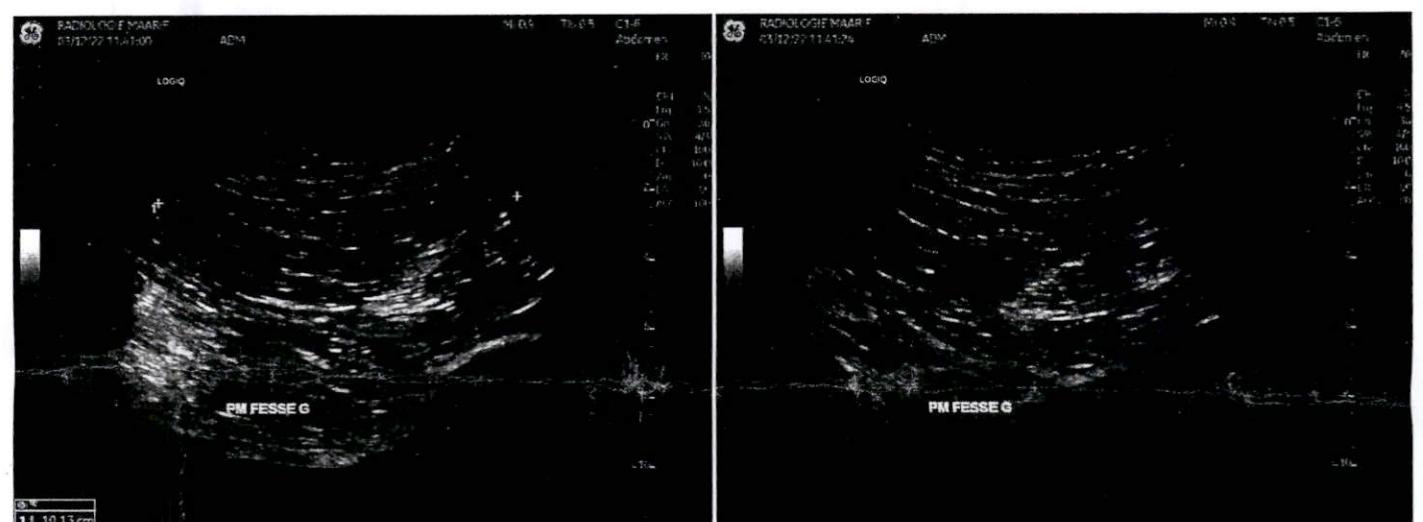
- *Le balayage échographique de la tuméfaction palpée cliniquement en regard des parties molles fessières gauche note la présence d'une formation superficielle sous cutanée ovalaire de structure fibrillaire bien limitée sans signal au doppler couleur, mesurant 101 x 49,6 mm, refoulant le plan musculaire sous jacent.*
- *Absence d'autre anomalie loco-régionales*

AU TOTAL :

- ***ASPECT ECHOGRAPHIQUE FAISANT EVOQUER A PRIORI UN LIPOME SUPERFICIEL DES PARTIES MOLLES DE LA REGION FESSIERE GAUCHE***
- ***ASPECT ECHOGRAPHIQUE A CONFRONTER AU RESTE DES DONNEES.***

Avec mes amicales salutations.

Dr.BERRADA M.
RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahl
Tél: 0522.25.74.82



ELALAUI BAHIJA