

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3235

Société : R.A.M - MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N. E. J. D. I.

Najira

Date de naissance :

1-1-61

Adresse : Res. du Polaris Rue Ahmed Charai
3me etage

Tél. : 0661 15 69 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : Nefdi Naima Age :
 Conjoint Enfant

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
Affection chronique

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(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
31/10/2022	C 3 305			31/10/2022 Gynee B. Zaneu - Rue Jeanne d'Arc 10 ZOBIR SALL Signature : SALL Date : 31/10/2022
23/11/2022	Demande de renouvellement de la carte d'identité			

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
<p>CHIRURGIE RADIOPATHOLOGIQUE ROUDANI - DIAGNOSTIC ROUDANI - CASABLANCA Tél. 05.22.25.13.04 E-mail: roudani@hotmail.fr 05.22.25.13.02 / 05.22.25.13.04 05.22.23.50.70 - Fax 05.22.23.50.68</p>	09/11/22	1650	500,-

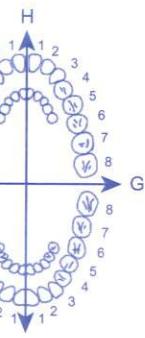
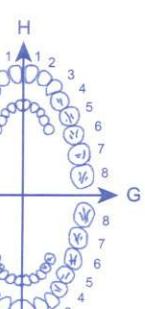
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.ZOBIR BENALLAL Fatima Zahra

SPECIALISTE

GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE

Gynécologie médico - Chirurgicale

Grossesse à haut risque - Accouchements

Maladies des Seins - Echographie

الدكتورة لزبير بن علال فاطمة الزهراء

الختصاصية

أمراض النساء و التوليد

الولادة - الحمل المستعصي

الجراحة النسوية - أمراض الثدي

الفحص بالصدى

Casablanca, le

31.10.2022.

M Nefdi Naïma

Echographie mammaire

(Fécondation par
Naïma de son épouse
Dr. NSEF FAROUQ Dafag
RADIOLOGUE et AERS)

Dr. Abderrahim ADIL
RADIOLOGUE
400, Bd Bd ZIRAOUI
10000 CASABLANCA
Tél: 05 22 49 11 94
e-mail: r.roudani@free.fr

Dr. NSEF FAROUQ Dafag
RADIOLOGUE et AERS

Dr. F.Z ZOBIR BEN ALLAL
Gynécologue - Obstétricienne
Angle Bd ZIRAOUI, Rue Med Sedki
Rés. PALMERAIS VERTE 3^e étage
CASABLANCA
Tél: 05 22 49 11 94 - Gsm: 06 867 73 14



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naima BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 02/11/2022

FACTURE N° : FA:00 10421/22

Nom : NEJDI NAIMA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement : CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
 400, Bd Brahim Roudani - Maârif
 20.100 Casablanca
 Tél: 0522.25.22.96 / 0522.25.13.02 / 0522.25.13.04
 05.22.25.13.07 / 05.22.23.50.70 Fax: 05.22.23.50.68
 e-mail: r.roudani@hotmail.fr

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma

Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

400, Bd. Brahim Roudani - 1ère étage - Maârif

20 100 - Casablanca

Tél. : 05 22 25 22 96 / 05 22 23 50 70 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 /
0522 25 13 07 et 0660 73 95 97 - Fax : 05 22 23 50 68

Date : 02/11/2022

1

Suivi par : Dr MSEFER

Date d'examen : 02/11/2022 09H 30

Nom et prénom : NEJDI NAIMA

Résultat prévu : 04/11/2022 16H 10

Examen (s): ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

PC :
Montant : 500DH payé : 500 DH Reste: 0 DH