

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 : 7712 Société : MUPRAS / RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUAISSA Amina

Date de naissance : 01/03/1961

Adresse : 7, Rue ISHAK IBN HANINE El Jadida

Tél. : Total des frais engagés : 1.040,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2012

Nom et prénom du malade : Mme ABOUAISSA Amina Age : 51

Lien de parenté : Opé Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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 : easa

Le : 24/12/2012

Signature de l'adhérent(e) : ABOAISSA Amina



Déclaration de Maladie

M22- 0021055

142385

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
16/11/2022	CHIR	1530	300,00 000,00 Total : 300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/22	2775,00 62,70 Total : 3102,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

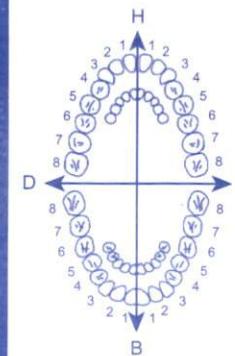
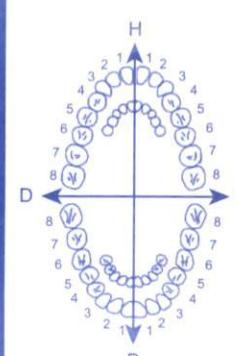
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montants des soins Date du devis Date de l'exécution
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

الدكتور براادة عبد الرحيم

خريج كلية الطب رانس فرنسا
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكشف بالمنظار)

مجاز في علاج و جراحة المخوج
(ال بواسير والدمى)

مجاز في الكشف بالتلفرة
مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية
(السمنة والضعف)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات رانس

Dr. BERRADA Abderrahim

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE

(Fibroscopie - Coloscopie)

Diplômé d'échographie

Diplômé de chirurgie proctologique

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

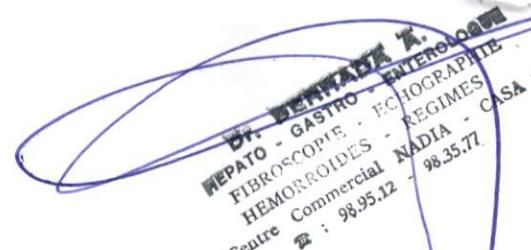
الدار البيضاء، في 16/11/2022 Casablanca, le

Mme Abouaissa Amina

SI
VITATINE CP
1 CP X 3 / JKOUR AVANT REPAS.

SI
ARGININE VYERON
2 CA CAFE X 2 / JOUR AVANT REPAS
OEDES 20
1 GELULE AU COUCHER . BOITE DE 56

SI
Dr. Abderrahim RABBA
Centre Commercial NADIA
281, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56



مركز تجاري نادية - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع ابراهيم الروదاني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100
Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt 4, 1^{er} Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

Tél. : 05 22 98 95 12 / 05 22 98 35 77 : الفاكس : 05 22 98 35 77 :

E-mail : berradagastro@hotmail.fr

Dr. BERRADA Abderrahim

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE

(Fibroscopie - Coloscopie)

Diplômé d'échographie

Diplômé de chirurgie proctologique

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

الدكتور براادة عبد الرحيم

خريج كلية الطب رانس بفرنسا
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكشف بالمنظار)

مجاز في علاج و جراحة المخرج
(ال بواسير والدمى)

مجاز في الكشف بالتلغزة
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية
(السمنة والضعف)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات رانس

Casablanca, le الدار البيضاء، في

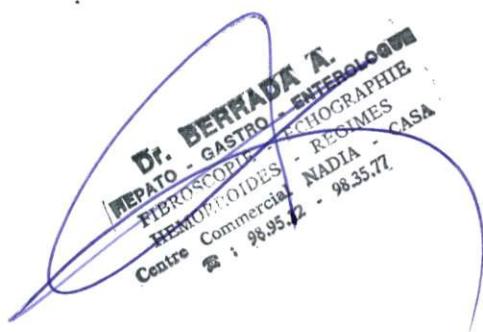
MME ABOUAISSA AMINA CASABLANCA LE 16/11/2022

C 300DH

ECHOGRAPHIE

K30 400DH

**-----
700DH**



مركز تجاري نادية - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع ابراهيم الرو丹ي (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100
Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt 4, 1^{er} Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

الفاكس : 05 22 98 35 77 - الهاتف : 05 22 98 95 12

E-mail : berradagastro@hotmail.fr

Dr. BERRADA Abderrahim

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE

(Fibroscopie - Coloscopie)

Diplômé d'échographie

Diplômé de chirurgie proctologique

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

الدكتور برادة عبد الرحيم

خريج كلية الطب رانس بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(الكشف بالمنظار)

مجاز في علاج و جراحة المخرج

(ال بواسير و الدمل)

مجاز في الكشف بالتلغراف

مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية

(السمنة و الضعف)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات رانس

MELLE ABOUAISSA AMINA CASABLACA LE 16/11/2022

COMPTE-RENDU D'ECOGRAPHIE ABDOMINALE

INDICATION

DOULEUR ABDOMINALE

EXAMEN

Foie-Hile :

- Le foie est de taille normale, de contours réguliers, d'écho structure Normo-échogène.
- Le hile est normal.

Vésicule-Voies Biliaires :

La vésicule est de paroi fine, de contenu clair, trans sonique.

- Les voies biliaires intra et extra hépatiques sont de calibres normaux.

Pancréas :

- Le pancréas est d'échostructure hypo-échogène homogène.

Reins :

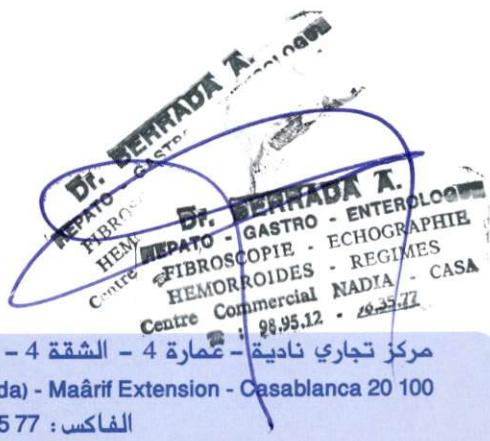
- Les deux reins sont de tailles normales, de contours réguliers , de rapports cortico-médullaires conformes.

Rate :

- La rate est normale .

CONCLUSIONS

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE



مركز تجاري ناديا - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع ابراهيم الروదاني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100

Centre Commercial NADIA Imm 4 Appt 4 1^{er} Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20 100

الفاكس : 0522 98 95 12 / 05 22 98 35 77 - الهاتف : Fax : 05 22 98 35 77

E-mail : berradagastro@hotmail.fr

16/11/22
11:36:45
C 3.5 MHz

B B X
fab G R
13 Ips

FOIE

Memoire 1

REIN DROIT

Standard

VESICULE BILIAIRE

HILE DU FOIE

NOM : MME ABOUAISSA AMINA
Dr BERRADA ABDERRAHIM
46 1 46

16/11/22
11:35:30
C 3.5 MHz

B B X
fab G R
13 Ips

PANCREAS

RATE

Memoire 1

REIN GAUCHE

Standard

NOM : MME ABOUAISSA AMINA
Dr BERRADA ABDERRAHIM
49 1 49

16/11/22
11:34:33
C 3.5 MHz

B B X
fab G R
13 Ips

UTERUS

VESSIE

Memoire 1

NOM : MME ABOUAISSA AMINA
Dr BERRADA ABDERRAHIM
49 1 49