

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0039067

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1432 Société : RAM 153983
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAHIR MOHAMED
Date de naissance : 01/01/1953
Adresse : 7 PLACE BELAIR CASABLANCA
Tél. : 0661216693 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur Alain GUIDON
MEDECINE GENERALE
6, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05 22 26 71 53 - D : 05 22 36 09 65
Date de consultation : 20/03/2023
Nom et prénom du malade : TAHIR mohamed Age : 70
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur hypochondre droit
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 : CASABLANCA Le : 20/03/2023
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
20/3/21	C		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	1900

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/23	schroder	6000

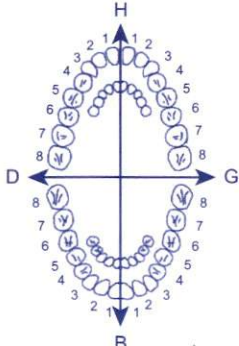
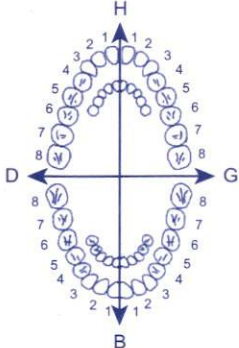
[illegible]

RELEVÉ 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Alain GUIDON

Ancien Externe des Hôpitaux

MEDECINE GENERALE

6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA

الدكتور ألن كيدون

خريج كلية الطب

الطب العام

6, زنقة جان جوريس - الدار البيضاء

Tél. { Cabinet : 05 22 26 71 53
Domicile : 05 22 36 09 65

المكتب : 05 22 26 71 53
الهاتف : المنزل : 05 22 36 09 65

Telhi Mohamed

Casablanca, le 26.03.2023 الدار البيضاء في

Meteospmyl

400 1 capsule 3 B per per

Docteur Alain GUIDON
MEDECINE GENERALE
6, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05.22.26.71.53 - D: 05.22.36.09.65

PHARMACIE SOUKTANI
CASABLANCA SARL AU
11, Rue et Moutanabi - Casablanca
Tél : 0522 79 61 10

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

Docteur Alain GUIDON

Ancien Externe des Hôpitaux

MEDECINE GENERALE

6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA

الدكتور ألن كيدون

خريج كلية الطب
الطب العام

6, زنقة جان جاوريس - الدار البيضاء

Tél. { Cabinet : 05 22 26 71 53
Domicile : 05 22 36 09 65

الهاتف { المكتب : 05 22 26 71 53
المنزل : 05 22 36 09 65

Casablanca, le 20.03.2023 الدار البيضاء في

M^{re} Tahir Mohamed

Elozephine

elabminece.

Docteur Alain GUIDON

MEDECINE GENERALE

6, Rue Jean Jaurès - Casablanca

Tél : 05.22.26.71.53 - M: 05.22.36.09.65

RADIOLOGIE AL ANASSER
Dr. BENNDUNA Mohamed Fouad
Angle Bd Jaurès, N° 8 - Casa
et Rue Jean Jaurès
Tél.: 05 22 49 00 03

Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 20/03/2023

MEDECIN TRAITANT : DR. GUIDON

NOM & PRENOM : MR TAHIR MOHAMED

EXAMEN : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Vésicule biliaire à paroi fine, non lithiasique.
- Absence de dilatation de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques.
- Rate et pancréas d'aspect échographique normal.
- Reins situés dans les fosses lombaires, de taille normale, avec bonne différenciation cortico-médullaire, sans dilatation des cavités pyélo-calicielles.
- Kyste polaire inférieur du rein gauche, mesurant 109.7 x 82.6 mm, d'aspect simple.
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Vessie en faible réplétion, à contenu transsonique.
- Prostate augmentée de taille, mesurant 47.8 x 34.8 x 44.5 mm soit un volume de 38.73 ml.
- Aérocolie.

AU TOTAL :

- Kyste polaire inférieur du rein gauche, d'aspect simple.
- Hypertrophie prostatique sans retentissement sur le haut appareil urinaire.
- Aérocolie.

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denature • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 20/03/2023

FACTURE
N°1267/23

MR TAHIR MOHAMED

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	600 DHS

RADIOLOGIE ALANDALOUSS
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad
et Dr. BRAHIM Roudani
Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

Adresse : Angle Boulevard Brahim Roudani et Rue Jean Jaures N° 8 Casablanca - Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

T.P N° : 35547765 - I.F : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 - ICE N° : 001714794000020

Site Web : www.radiologieandalouss.com - E-mail : andaloussradiologie@gmail.com

Patient

N° 20-03-2023-0009
 Nom TAHIR MOHAMED
 D. naissance
 Sexe

Examen

N° d'accès
 Date 20032023
 Description
 Echographiste



Patient		Examen	
N°	20-03-2023-0009	N° d'accès	
Nom	TAHIR MOHAMED	Date	20032023
D. naissance		Description	
Sexe		Echographiste	

