

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.

M22- 54352

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1310 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Formissi Abdelaaziz

Date de naissance : 11/11/1951

Adresse :

Tél. : 0661410077 Total des frais engagés : 153183 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/2019

Nom et prénom du malade : BOUTI FATHA Age : 68

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de l'œil chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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 : casablanca Le : 1/1/2019

Signature de l'adhérent(e) : Formissi Abdelaaziz

Signature de la Mutuelle : Formissi Abdelaaziz

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE YASMINE 7, Bd. Sidi Abderrahmane Hay El Hara CASABLANCA Tél 05 22 36 54 72	17/04/23	2935,00

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
		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 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	(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



PHARMACIE YASMINE

207 Bd Sidi Abderrahman Hay El Hana

R.C :150542

Patente:34810518

T.V.A.:

C.N.S.S:7152755

Tél : 022 36 54 72

Le 17/04/2023

FACTURE N°306160

N° ICE : 001596583000029

N° IF : 51330009

BOUTI FATIHA

TOTAL T.T.C :

2 935.00

Nbr Articles

TVA 7% Base:

2 935.00

Montant :

192 01

TVA 20% Base:

Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Mille Neuf Cent Trente Cinq Dirhams*

DOCTEUR RABIA BENCHERGROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas



الـدـكـتـورـةـ رـبـيـعـةـ بـنـشـقـرـونـ

اـخـصـائـيـةـ فـيـ أمـراضـ الـكـبدـ،ـ
الـجـهاـزـالـهـضـميـ وـالـبـنـكـرـيـاـسـ

Mme BOUTI FATIHA

Casablanca, le 06/06/2022

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

CLINIQUE :

patiente âgée de 69 ans; ATCD maladie de Crohn + DNID. Aucun ttt depuis 2015 avec persistance diarrhée liquidienne + douleurs abdominales.

EXAMEN réalisé avec l'échographe ARIETTA 50 de Fuji Film Hitachi, par sonde abdominale convexe de basse fréquence (2-5 MHz).

FOIE : taille normale, échostructure homogène, contours réguliers.

TRONC PORTE et ses branches : calibre normal : perméables et de sens physiologique.

voie BILIAIRE PRINCIPALE : calibre normal; VOIES BILIAIRES INTRAHEPATIQUES : fines, non dilatées.

VEINES HEPATIQUES : calibre normal, perméables, bien modulées au doppler pulsé.

VESICULE BILIAIRE : volume normal, bien remplie, à contenu transonique, à paroi fine, ne contenant pas de calcul (s).

RATE : taille normale (13 cm de grand axe), les 2 faces sont d'aspect normal (face diaphragmatique costale arrondie et face interne concave à bord crénélée), échostructure homogène, contours réguliers.

PANCREAS : bien exploré, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers ; canal de Wirsung et cholédoque non dilatés.

REINS DROIT et GAUCHE : situés dans les fosses lombaires, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers; absence de dilatation pyélo-calicielle; bonne différenciation cortico-médullaire; pas de calcul(s) visible(s).

ABSENCE d'ADP profondes

ABSENCE d'épanchement intra-péritonéal

CONCLUSION :

Echographie abdominale normale.

DOCTEUR RABIA BENCHERGROUN
الـدـكـتـورـةـ رـبـيـعـةـ بـنـشـقـرـونـ
Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas - Proctologie
554, Bd. Goulimima, Etage N°1 - Bourgogne - Casablanca
benchergroungastro@gmail.com - 05 22 430 363 / 06 64 292 293

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Présente une maladie inflammatoire chronique de l'intestin = Maladie de Crohn
Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Diagnostic basé sur l'histologie des biopsies coliques et
coloscopie endoscopique
Il est candidat à un IT par HMDTA injection à la veine

Cachet, date et signature du praticien

DOCTEUR RABIA BENCHERIFOUN
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Métabolisme - Praticien
554, Bd. Gouimina, Agdal, BP 1 - Bourg. 33000
bcherifounrabo@gmail.com - 05 22 450 363 / 06 64 292 433

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.