

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.



158850

Déclaration de Maladie : N° S19- 0001339

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11951 Société : RAY
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ARISS HASSANE Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661 345625 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LASLAMI Zineb
Pédopsychiatrie
Hôpital d'enfants Harouchi Casa

Date de consultation : 15 / 03 / 2023
Nom et prénom du malade : Zineb ARISS Age : 09 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection pédiopsychiatrique
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 : 26 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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 Praticien des Actes
15/3/23	C		100,00	ASLAMI Zineb Pédopsychiatrie Hôpital d'enfants Harouchi Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/2023	500,00

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	

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Date : 15.03.2023

Service : Reception N° d'admission : Service Images "V. Joly"

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none"> - Âge : 09 ans - Énurésie I^{aire} ou II^{ai} ? + Encopésie 	<p>Pr. Assaad Boudjoudj Nawal Radiologue Hôpital Universitaire International Mohammed VI</p>
<p>Prise de faire une échographie abdomino-pelvienne</p> <p>avec résidus post-mictionnels</p>	<p>Cordialement,</p>

Dr. L. LASLAMI Zineb
Pédopsychiatrie
Hôpital d'enfants Harouchi Casa

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300238050

F A C T U R E

N° 12 119 / 2023 du 26/03/2023

Nom patient : **ARISS ISMAIL**

Entrée 26/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Echographie abdomino-pelvienne	1.00	K	500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Frais Clinique				500.00

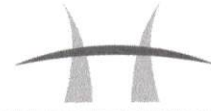
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENTS DIRHAMS	Total 500.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			500.00		500.00	0.00

Hopital Universitaire
 International Mohammed VI
 Service Imagerie Médicale



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Nom du patient : ISMAIL ARISS
Type d'examen : Echographie abdomino-pelvienne

Date : 26/03/2023

Renseignements cliniques : Enurésie.

Résultats :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal.
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale.
Absence de dilatation pyelo-calicielle.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.
Méats urétéraux libres.
- Absence de RPM significatif.
- Absence d'ADP intra-abdominale.
- Absence d'épanchement péritonéal.

Au total :

- ***Echographie abdomino-pelvienne sans particularité.***
- ***Absence de RPM.***

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **PR. Ass BOUKNANI N**



