

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03722** Société : **Q.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **SERRAR** **MUSTAPHA**

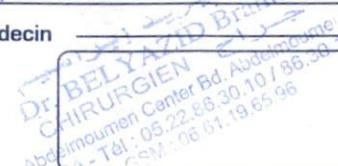
Date de naissance : **25/06/58**

Adresse : **174 Rue El Zohra - Casablanca**

Tél. : **0661220772** Total des frais engagés : **690,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/04/2023**

Nom et prénom du malade : **SERRAR MUSTAPHA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **évaluation sans constatation**

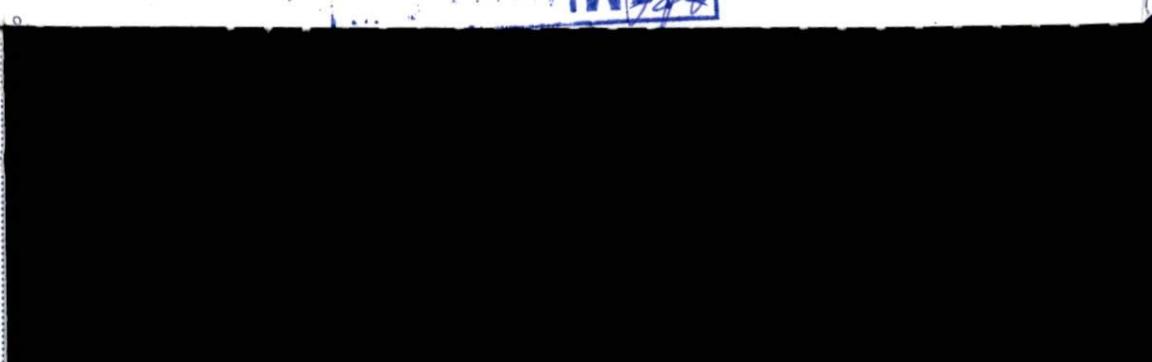
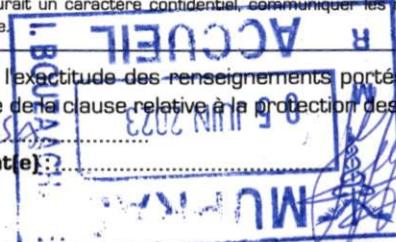
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CA SIDI MOURAD** Le : **06/04/2023**

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
27/06/23	C3		200 FF	
21/06/23	C3		200 FF	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/23	222,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaires, 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي و الأمعاء و الكبد
- جراحة المراة - الجراحة بالمنظار
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرابين
- جراحة الفتق
- خريج كلية الطب ببنانسي - فرنسا

Casablanca, le : 07/04/23

SERRAR mustapha

7380x2
Hepnomol
ACP XL

75,00
Corbor
ACP XL



- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والأمعاء والكبد
- جراحة المرارة - الجراحة بالمنظار
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرايين
- جراحة الفتق
- خريج كلية الطب بناسسي - فرنسا

03/04/2023

Casablanca, le :

RECU

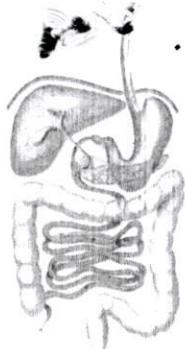
La somme de quatre cents dirhams (400DH)

Contre consultation spécialisée et échographie abdominale.

SIGNE Dr BELYAZID

Dr. BELYAZID Brahim
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center, Bd. Abdelmoumen, 2ème étage N°210
CASA - Tél: 05.22.86.30.10 / 06.61.19.65.96
GSM: 06.61.19.65.96

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والأمعاء والكبد
- جراحة المرأة - الجراحة بالمنظار
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرابين
- جراحة الفتق
- خريج كلية الطب بنانسي - فرنسا

03/04/2023

Casablanca, le :

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

NOM : SERRAR

PRENOM : MUSTAPHA

FOIE : Homogène de volume normal de contours réguliers.

VESICULE BILIAIRE. : Libre a paroi fine

voie BILIAIRE Principale et tronc porte de calibre normal

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Abscence d'ascite ou d'adénopathies profondes.

CONCLUSION : éventration sous costale.

*Dr. BELYAZID Brahim
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 30 10 المحمول : 06 61 19 65 96*

مجمع عبد المؤمن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 210 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 30 10 المحمول : 06 61 19 65 96

ALOKA

:No ID : Y : 03-04-23
: 0 12:53:20
323/324H
27Hz

6.0 R15 G37 C8 A1

DUR: 84%

3:REINS

ALOKA

:No ID : Y : 03-04-23
: 0 12:53:01
254/255H
27Hz

6.0 R15 G37 C8 A1

DUR: 84%

3:REINS

ALOKA

:No ID : Y : 03-04-23
: 0 12:52:47
340/341H
27Hz

6.0 R15 G37 C8 A1

DUR: 84%

3:REINS