

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0041392

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227 Société : AAN 172041
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Imane Hamid
 Date de naissance : 01.01.1983
 Adresse : Hay N y Rachid Groupe 6 Rue 10 N°96
 Casa
 Tél : 06.60.36.1142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 08 / 23
 Nom et prénom du malade : Luchaili Naji Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 1 R +
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Paiement des Actes
04/08/22	C.S	1	61	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> Hay My Rachid N° 8 Rue T. GR 6 Casablanca </div> </div>	11/11/23	100,00

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

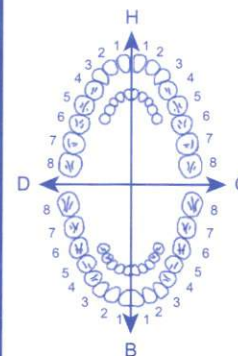
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire
Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier



الدكتور العبادي محمد سعد
إختصاصي في جراحة القلب
والأوعية الدموية
خريج كلية الطب بمونبليي

Casablanca, le : 04/08/23 : في : الدار البيضاء

no. 1 Sa Lachhab Maima.

① Catex 250 mg

2 cp/j x 5j
1 matin, 1 soir



no. 2

② Dolostop 500 mg

3 cp/j x 2j
1 matin, 1 midi et 1 soir



~~Aspegic 100~~

~~1 s/j~~



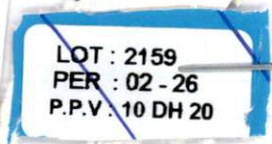
no. 3

Signature of Dr. El Abbadi Mohamed Saâd



361, Bd Sidi Abdelrahman - Casablanca

Tél.: 05 22 39 52 61 / 05 22 39 52 54 / 06 75 49 36 49 - Fax : 05 22 39 52 70





مصحة العبادي CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

03/08/2023

FACTURE N°03175/06-2/023

LE BENEFICIAIRE

MME LACHHABI NAIMA

INTERVENTION

: ABLATION DU DU CATHETER TUNNULISE

FORFAIT

:750.00 DHS

ARRETEE LE PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS.

Clinique ABBADI
361, Bd. Sidi Abderrahman
GSM : 05 22 39 52 49
Tél : 05 22 39 52 49
Fax : 05 22 39 52 49

DR EL ABBADI MED SAAD
CHIRURGIEN CARDIAQUE ET VASCULAIRE
361, BD. SIDI ABDERRAHMANE
TEL : 022395254
FAX : 022395270

03/08/2022

COMPTE RENDU OPERATOIRE
MME LACHHABI NAIMA

OPERATEUR : DR EL ABBADI
ANESTHESISTE : DR NEJDIOUI
TYPE D'ANESTHESIE : ANESTHESIE GENERALE

TITRE : INSUFFISANCE RENALE TERMINALE

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER

Abord de 2 cm en regard du point de ponction susclaviculaire.
Contrôle du Catheter.
Retrait et hémostase du point d'entrée jugulaire.
Libération de l'olive en téfon.
Ablation complète du Catheter.
Crin sur la peau.
Pansement compressif en fin d'intervention.

