

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.

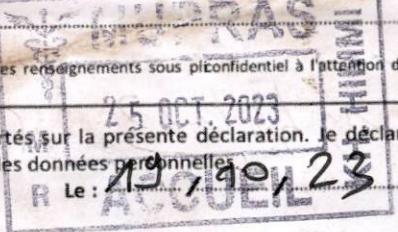
Déclaration de Maladie

N° W21-801957

180213



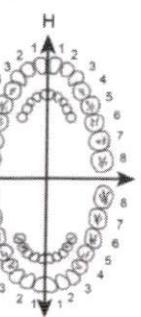
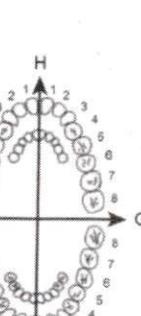
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 11063		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : DOUNAO ADIL		
Date de naissance : 03/09/1972		
Adresse : 104, Rue Ounjouras n°2 Boudjouar		
Tél. : 06 69 39 54 00 Total des frais engagés : 2100,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : DOUNAO ADIL			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : <input type="checkbox"/> Le : 25 OCT. 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
15/29/2023		CH 3000		INP : 1111111111111111

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NIQUE Dr. Sylmassa HAYLI Hana Mobile: 05 52 47 00 96 INPE:090004029	16.09.23	TD.D.A. 100%	1200,-

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
15/09/2023	Fe	(2023)				Voir facture	

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 (check boxes for treated teeth)	Nature des Soins (check boxes for type of treatment)	Coefficient (check boxes for coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				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"/>												

15/09/23

N° DAOUADI NERYEN

TDR Abdo - pelv



Dr. Asmaa ADNANE

Radiologue

Diplômée du Centre hospitalier
universitaire de Casablanca.

Diplômée en imagerie
digestive de l'Université
d'Angers, France
N° Dossier : X3I167200

Casablanca Le : 16/09/2023

Page 1/1

Facture N° 9412/23

Etablie par KAWTAR RADIO

Page

Nom & Prénom : DAOUDI MERYEM

C.I.N. : ..

Date Entrée : 16/09/2023

Date Sortie : 16/09/2023

Adresse :

Traitements : Bilan radiologique

Médecin : BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL

Prestations

Nombre | Prix U. | L.C. | Coef | Montant

IMAGERIE MEDICALE

Tdm abdomino-pelvienne

1 1517,00 1 517,00

Total Rubrique : 1 517,00

PHARMACIE

Pharmacie

1 283,00 283,00

Total Rubrique : 283,00

PARTIE CLINIQUE :

TOTAL FACTURE 1 800,00

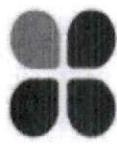
Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille huit cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane Angle Rue
de Sijilmassa Hay EL HANA
Casablanca Tel: 0522 360096
Mobile: 06 62 40 10 00
INPE:090004029

- IRM 1,5T
- Scanner Multibarrettes
- Radiologie Conventionnelle
- Mammographie
- Tomosynthèse
- Échographie Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 15/09/2023

Facture N° 9404/23

Etablie par MEHDI ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I157190

N° Identifiant : 23096662/23

Nom & Prénom : DOUADI MERYEM

C.I.N. : BK703178

Date Début : 15/09/2023

Date Fin : 15/09/2023

Adresse :

Traitements : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	200,00			200,00
		Total Rubrique :			200,00

PARTIE CLINIQUE :

200,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
		Total Rubrique :			300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

300,00

TOTAL FACTURE **500,00**

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Cachet et signature



Dr. Asmaa ADNANE

Radiologue

Diplômée du Centre hospitalier
universitaire de Casablanca.
Diplômée en imagerie
digestive de l'Université
d'Angers, France.

Casablanca, le 15/09/2023

Nom : Mme DAOUDI

Prénom : MERIEM

SCANNER ABDOMINO-PELVIAN

Indication :

Douleurs abdominales.

Technique :

Acquisitions hélicoïdales sans, et avec injection de PDC avec reconstructions multiplanaires.

Résultats :

Epaississement circonférentiel et régulier du colon droit mesurant 8 mm d'épaisseur avec œdème muqueux.

Disrète infiltration du mésocolon droit avec mise en évidence de petits ganglions régionaux.

Appendice latéro-caecale d'aspect normal.

Pas d'épanchement péritonéal.

Par ailleurs :

Foie de taille normal, de contours réguliers, homogène, sans lésion focale décelable.

Absence d'anomalie des voies biliaires.

TP de calibre normal, perméable.

Rate de taille normale, de contours réguliers, homogène.

Pancréas de volume normal, avec conservation de ses lobulations physiologiques, rehaussé de façon homogène après injection de PDC.

Les reins sont de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices.

Surrénales sans anomalie notable.

Vessie pleine, à paroi fine et à contenu homogène.

Utérus d'aspect scannographique normal.

Absence de masse latéro-utérine.

Sur la fenêtre osseuse:

Absence de lésion osseuse aux étages explorés.

Conclusion :

Aspect TDM d'une colite droite d'allure infectieuse. A confronter au reste des données.

DR ADNANE ASMAA
INP : 091284489

- IRM 1,5T
- Scanner Multibarrettes
- Radiologie Conventionnelle
- Mammographie
- Tomosynthèse
- Échographie Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique

1181933

GE Healthcare

The GE logo, a circular emblem with a stylized 'G' and 'E' intertwined.

IOHEXOL

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants. Le produit peut être conservé 3 mois à une température de +37°C. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire attentivement la notice avant utilisation.

intra-arterielle
يُستعمل للحقن
داخل الأوعية

لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال.

7 037960 644107

AMM N°: 103/19 DMP/21/NRQ
الى مرسى و في سرور ، سس .
الشارة الداخلية قبل الاستعمال .

10-2023
: ١٦٢٢٤٧١٢
Lat ° /: ١١٩٨٥٩٤ MAR

PH
283DH00