

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- 0050008

1884 19

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FILALI RAFIK Roulid

Date de naissance : 28-12-58

Adresse : Rue 93 N° 82 Famille Française
CASA

Tél. : 0666733278

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ALAOUI BOUHAMID Imane
Centre de Santé Challef
Négociation Médicale Casa-Anfa

Date de consultation : 07.12.2023

Nom et prénom du malade : FILALI ESTER Zohra

Age : 1964

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie /

27 DEC. 2023

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 : CASA

Le : 07/12/2023

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
27/12/23				
				<i>Dr. ALAOUI BOUHAMIDI Imane Centre de Santé Ghallef Sécurité Sociale Médicale Casa-Anfa</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/12/23	Exam Mamme	400,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. ALAOUI BOUHAMIDI Imane
Centre de Santé Ghallef
Délégation Médicale Casa-Anfa

Le : 07/12/23

Q⁵ Fibli E-time 2-42

264

Echographie mammaire

DR BOUHAMIDI IMANE
Oncologie Clinique du Maroc
ICE: 001614000000058
tel: 0522 88 11 93 - 0555 36 57 42 61

Dr. ALAOUI BOUHAMIDI Imane
Centre de Santé Ghallef
Délégation Médicale Casa-Anfa

F A C T U R E

N° de l'admission : 23011045 N° Facture : 23010790 Date facturation : 25/12/2023

Nom et prénom du patient : **FATIMA ZAHRA FILALI**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 25/12/2023 Sortie: 25/12/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
			Sous-Total
ECHO MAMMAIRE			320.00
PRESTATIONS EXTERNES			
DR LAHLOU NEZHA	Nombre	Prix unitaire	Montant
			Sous-Total
			80.00
			80.00

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
			Sous-Total
DR LAHLOU NEZHA	10	80.00	8.00

arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cents dirhams	Total : 400.00
	Part patient 400.00

Notre compte bancaire :

Adhérent

Mle

PC N°



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

06 63 57 42 60 | 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Casablanca, le 25 Décembre 2023

DR. ALAOUI BOUHAMIDI IMANE

MME. FILALI FATIMA ZAHRA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Absence d'anomalie focale échographiquement décelable au niveau du tissu conjonctivo-glandulaire des deux seins et des creux axillaire.

