

204102

CASABLANCA, LE 02/05/2024

DEVIS

F-24-05-0004-074

N° D240003451 02/05/2024

Safae.r

Nom et prénom du patient : **HJIRAT AMINA**

Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

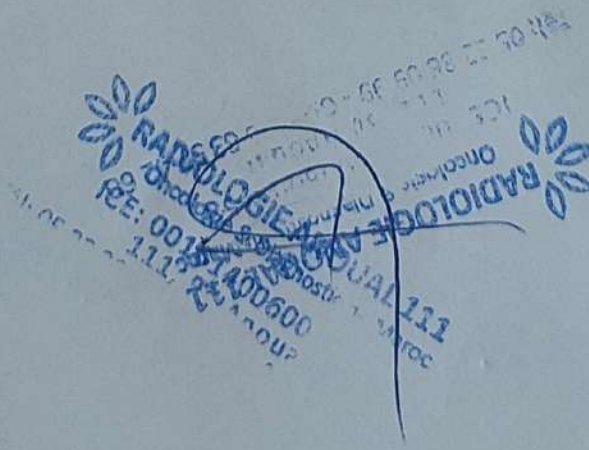
Traitements : **Examen radiologie**
Examen radiologie

Examen radiologie	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO ABDOMINALE	1	400.00	400.00
TDM THORACIQUE	1	1 200.00	1 200.00
		Sous-Total	1 600.00

(*) Produits facturés à l'unité

Total devis

1 600.00



Dr. Saida EL HAJJAM

Médecine Générale
Echographie

Electrocardiogramme
Soins de secours primaire
Diplômée de la FMDC

الدكتورة سعيدة الحجام

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب
إسعافات أولية
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

HJIRAT

Le: 30/04/2024
Amine

TDM Thoracique.

(Doubler Scan Thoracique Anté).



حي الوفاق 3، زنقة 41، عمارة 8، الطابق الأول، شقة 2 (رياض الألفه) - الدار البيضاء
Hay EL WIFAQ 3, Rue 41 Im 8, 1er étage, Appt N° 2 (RIAD EL OUALFA) - Casablanca
الهاتف: 05 22 89 67 31

Dr. Saida EL HAJJAM

Médecine Générale
Echographie

Electrocardiogramme
Soins de secours primaire
Diplômée de la FMDC

الدكتورة سعيدة الحجام

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب
إسعافات أولية
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Le : 30/04/2024

Hajjam

Anine

Echographie Abdominale
(Coliques hépatiques).



حي الوفاق 3. زنقة 41. عمارة 8. الطابق الأول. شقة 2 (رياض الألفة) - الدار البيضاء
Hay EL WIFAQ 3, Rue 41 Im 8, 1er étage, Appt N° 2 (RIAD EL OUALFA)- Casablanca
الهاتف: 05 22 89 67 31

Dr. Saida EL HAJJAM

Médecine Générale
Echographie

Electrocardiogramme
Soins de secours primaire
Diplômée de la FMDC

الدكتورة سعيدة الحجام

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب
إسعافات أولية
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Le, : 30/04/2024

Hajjaj

Amine

1)

Geloline 75 g.
1 p.j.

la nuit
après

2)

b-citrop 10 g.
1/2 p.j.

après le repas
le matin

3)

Diamin com 60
1 p.j.

avant le
repas

حي الوفاق 3، زنقة 41، عمارة 8، الطابق الأول، شقة 2 (رياض الألفة) - الدار البيضاء
Hay EL WIFAQ 3, Rue 41 Im 8, 1er étage, Appt N° 2 (RIAD EL OUALFA) - Casablanca
الهاتف: 05 22 89 67 31

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 caninaux, 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 caninaux.

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

- Reclamation : 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 Abouelen - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LQ) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0021278

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50081 Société : PEC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Amina Hydrat SKOURI
 Date de naissance : 1950
 Adresse : taghlaat elaham Muey N 56
 Tel : 07 00 147 836 Total des frais engagés : case Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 04 / 2021
 Nom et prénom du malade : Hydrat Amina Age : 69
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète
 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 2 avril 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-021278

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 50081
 Nom de l'adhérent(e) : Amina Hydrat
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dents des Actes	Nature des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
50000000		200 00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

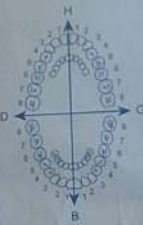
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433553 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		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