

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

AMPL

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011553

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12565 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAACHOU BADR Date de naissance : 10/11/87

Adresse : 11, Rte NEKKA, ESC D, ETE 4, APPT 14, RES. SALAH BOUTE, CASA

Tél. : 06 61 10 36 28 Total des frais engagés : 851,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2019

Nom et prénom du malade : CHAACHOU LEIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Min -re et reneis nates

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

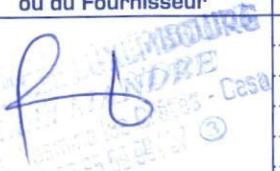
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/10/2019

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/09/19        | C                 |                       | 1250,00                         |  <p>Dr. Nezha RASS<br/>Pédiatre - Médecin<br/>California Casablanca<br/>Tunisie 0522 85 62 14 - 662 00 41</p> |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 19/09/19 | 101,20                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|-----------------------------|------------------------|
|  | 21/09/19 | K30                         | 500,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

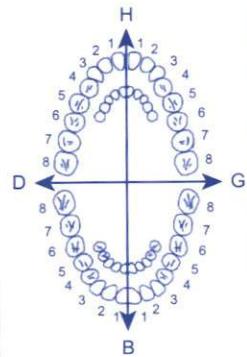
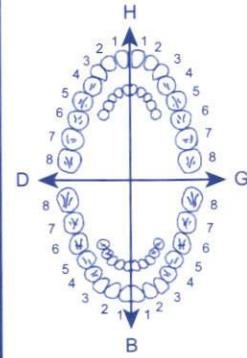
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                   | Nature des Soins                 | Coefficent          | CCEFFICIENT DES TRAVAUX                          |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|--|
|       |                                  |                                  |                     |  |
|     |                                  |                                  |                     |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   |                                  |                                  |                     | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> |
| H  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 | G                   | CCEFFICIENT DES TRAVAUX                          |
| D  | 00000000                         | 00000000                         | B                   | MONTANTS DES SOINS                               |
| G  | 00000000                         | 11433553                         | DATE DU DEVIS       |  |
| B  | 00000000                         | 11433553                         | DATE DE L'EXECUTION |  |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |                                  |                     |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nézha Raiq  
PEDIATRE

Bd. de la meque, Complexe porte californie  
Rés. Mimosa, Rez de chaussée Imm. 4  
Tél. : 0522 85 62 14 - Gsm : 06 62 07 41 47  
Casablanca



الدكتورة نزهة رائق  
إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

شارع مكة، مركب باب كالغورنيا،  
إقامة ميموزا، الطابق السفلي للعمارة 4  
الهاتف : 06 62 07 41 47  
الدار البيضاء

Casablanca, le

19.09.18.

CHAUCHOU LEIA

17,70

① Copueluré del  
paracetamol 155  
(S.) de sin 02j

1 1/2 suppo

② Sterax pour  
inhalation nasal  
(S.) x 31

101,20

PHARMACIE LUXEMBOURG  
Lamia MANDRE  
24, Lot. Jasmina les Crêtes - Casa

Dr. Nezha RAIQ  
Pédiatre  
Porte California, Rez de Meque  
Casablanca  
Tél. 0522 85 62 14 / 06 62 07 41 47

Dr. Nezha Raiq  
PEDIATRE

Bd. de la mecq, Complexe porte californie  
Rés. Mimosa, Rez de chaussée Imm. 4  
Tél. : 0522 85 62 14 - Gsm : 06 62 07 41 47  
Casablanca



الدكتورة نزهة رائق  
إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

شارع مكة، مركب باب كاليفورنيا،  
إقامة ميموزا، الطابق السفلي للعمارة 4  
الهاتف: 06 62 07 41 47 - المحمول: 05 22 85 62 14  
الدار البيضاء

Casablanca, le

19.09.19.

CHAA CHOU LEIA

neufs nocturnes avec  
petit p'tit à 6 kg 500 g  
de + min  
↳ Nourison



(RGD ??)

Dr. Nezha RAIQ  
Pediatre  
Porte California, Bd de Mecque  
Casablanca, Tél. 0522 85 62 14 - 06 62 07 41 47  


CHAACHOU, LEIA  
41499-19-09-21.2

AB 2.7/PED MI 1.2 RADIOLOGIE SEBTA CASA  
10.4cm / 67Hz Tls 0.3 21.09.2019 08:23:04

CHAACHOU, LEIA  
41499-19-09-21.2

AB 2.7/PED MI 1.2 RADIOLOGIE SEBTA CASA  
10.4cm / 67Hz Tls 0.3 21.09.2019 08:23:32

Abdomen  
Har-Basse  
Puiss. 97 %  
Gn -2  
C7 / M4  
E3  
CRI 3

FOIE

FOIE

Abdomen  
Har-Basse  
Puiss. 97 %  
Gn -2  
C7 / M4  
E3

CHAACHOU, LEIA  
41499-19-09-21.2

AB 2.7/PED MI 1.2 RADIOLOGIE SEBTA CASA  
10.4cm / 67Hz Tls 0.3 21.09.2019 08:23:54

CHAACHOU, LEIA  
41499-19-09-21.2

AB 2.7/PED MI 1.2 RADIOLOGIE SEBTA CASA  
10.4cm / 67Hz Tls 0.3 21.09.2019 08:24:43

Abdomen  
Har-Basse  
Puiss. 97 %  
Gn -2  
C7 / M4  
E3  
CRI 3

REIN DRT

RATE

CHAACHOU, LEIA  
41499-19-09-21.2

AB 2.7/PED MI 1.2 RADIOLOGIE SEBTA CASA  
10.4cm / 67Hz Tls 0.3 21.09.2019 08:28:48

CHAACHOU, LEIA  
41499-19-09-21.2

AB 2.7/PED MI 1.1 RADIOLOGIE SEBTA CASA  
7.2cm / 88Hz Tls 0.3 21.09.2019 08:30:46

Abdomen  
Har-Basse  
Puiss. 97 %  
Gn -3  
C7 / M4  
E3  
CRI 3

GESO ABD

VESSE

1 D 2.13cm  
2 D 0.90cm

Abdomen  
Har-Basse  
Puiss. 95 %  
Gn -3  
C7 / M4  
E3  
CRI 3

*Casablanca , le 21/09/2019*

*Patient : CHAACHOU LEIA*

## ECHOGRAPHIE OESO-GASTRIQUE

Reflux gastro-oesophagien intermittent .  
( cinq reflux en 10 mn ). La longueur de l'œsophage abdominal est de 21 mm , sa largeur est de 9 mm .

Par ailleurs , les reins sont de taille normale , cavités non dilatées .

Le foie , le pancréas et la rate ne présentent pas d'anomalie .

### Conclusion/

Reflux gastro-oesophagien intermittent .

Confraternellement  
DR. DRHIMER



# RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 21/09/2019

Facture N° 18732/2019

Nom patient : **CHAACHOU LEIA**

Examen(s) réalisé(s) :

ECHO ABDOMINALE:

Montant : **cinq cents (500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CINQ CENTS DHS**

**REGLEMENT : ESPECES**

