

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.

N° W19-532931

ND: 29520

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1109</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>JAMALI Saïd</u>			
Date de naissance : <u>21/05/1952</u>			
Adresse : <u>NOU B'd GIBERDI Hay BOUSY BERRICKO</u>			
Tél. : <u>0664 559280</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 DR SIDI ABDERRAHMANE Cardiaque et Vasculaire 361, Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 - Fax 05 22 22 78 18			
Date de consultation : <u>02/06/90/20</u>			
Nom et prénom du malade : <u>H.R. Jamal Saïd</u> Age : <u>1962</u>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>IRT</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Ablation Cathétérisme</u>			
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) :



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
06/10/2020	Ablation Cathéter		750,-	INP : 090006800  Docteur EL ABBADI Saad CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE Spécialisé en ORTHOPÉDIE et TRAUMATOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

مركز أوراض الكلي و تصفية الدم لأولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلي
و تصفية الدم

Berrechid le : 03/04/2020

cher Confrere,

Je te Confie le patient FAMALI
Sous homodialyse Peritoneale
Pour Ablation de Catheter
tunne lise

Je te L'adresse pour une
Néph

PÉC

Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
N° 85, Lotissement Ouled Hriz
GSM : 05 22 32 68 51



مركز أمراض الكلي و تصفية الدم لأولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse

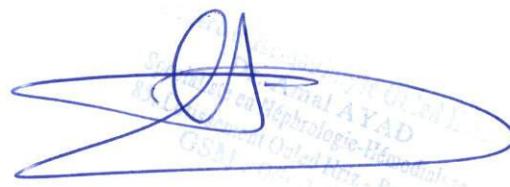


الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلي
و تصفية الدم

Berrechid le : 03/04/2020

JM'Jamaei Sād

Hemodialyse
Autonomique





مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

02/06/2020

FACTURE NR 0206-1/2020

NOM ET PRENOM : MR JAMALI SAID

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER TUNNELLISE.

FORFAIT : 750.00 DHS

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

(Handwritten signature over the stamp)
Clinique ABBADI
361 Bd. Sidi Abderrahmane
GSM : 06 73 49 36 49
Tél : 05 22 39 52 54 / 61
Fax : 05 22 39 52 61

| 361, Bd. Sidi Abderrahmane
| Casablanca - Maroc

| Tél. : 05 22 39 52 61/54
| Fax : 05 22 39 52 70
| E-mail : clinikabbadi@hotmail.fr

| Patente : 34836064
| I.F. : 40400023
| ICE : 001644652000026
| INP : 090006800

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

02/06/2020

COMPTE RENDU OPERATOIR
MR JAMALI SAID

OPERATEUR : DR EL ABBADI
ANESTHESISTE : DR NEJDIoui
TYPE D'ANESTHESIE : ANESTHESIE LOCALE A LA LYDOCAINE 2%

TITRE : INSUFFISANCE RENALE TERMINALE.

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER TUNNELLISE.

Abord de 2 cm en regard du point de ponction sus claviculaire.

Contrôle du Cathéter.

Retrait et hémostase du point d'entrée jugulaire.

Libération de l'olive

Ablation complète du Cathéter.

Crin sur la peau.

Pansement compressif en fin d'intervention

Dr El Abbadi
Med Saad
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire
361 Bd Sidi Abderrahmane
Casablanca
Tél 022395254
Fax 022395270