

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10287

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

41986
Autre : Ex-pent
SAADOUNI BEN NAHMI
08/10/12
RESIEL PAIR IMM BANFSAG N°2
BERNOUSSI CASA BLANCA
06 71 60 65 38
Total des frais engagés : 111 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 :

Le : 26.10.8.20

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
21/10/81	Consultation		# 200,000 D	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. EL AMRAOUI Médecin Radiologue Laboratoire CNSS Sidi Bernoussi	22/05/2023	Échographe	200,00

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



Clinique Firdaous
Multidisciplinaire
Hay Chabab - Casablanca

Saachem:
Hajar.

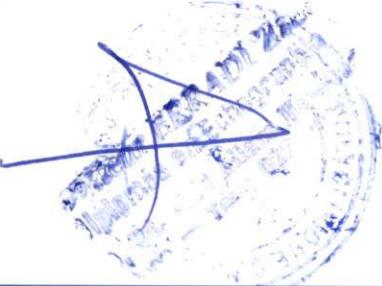
21/10/81/20

Echographe abdominal.

Rebuste de 11 ans sans
Anamnèse pour une douleur
de FID. Sans preuve
d'hyperactivité ??



Seabekhert.





Clinique Firdaous
Multidisciplinaire
Hay Chabab - Casablanca

Socialement
Hajer

21/08/20

① Nospru 
Nyctifly


~~Dr. H. Erradi
Spécialiste en Echographie
Bd. Akid Allam Hay Sebaâ
Casablanca - Tel : 022 76 81 38~~

RADIOLOGUE :
MEDECIN DEMANDEUR
DR

Nom : SAADOUNI
Prénom : HAJAR
DATE : 22/08/2020

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : ABDOMINAL

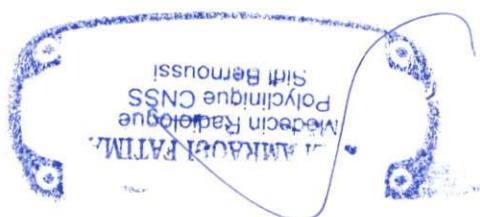
RESULTAT

- Foie de taille normale , d'échostructure homogène , et de contours réguliers.
- Les VSH et le TP sont de morphologie et de trajet normaux.
- VBIH et EH non dilatées.
- Vésicule biliaire non distendue à paroi fine , alithiasique.
- Pancréas de taille normale , d'échostructure homogène et de contours réguliers
- Rate d'échostructure et de taille normale.
- Les deux reins sont de situation, de morphologie ,et de taille normale, présentant une bonne différenciation parenchymo-rénales.
- Absence de dilatation des CPC rénales .
- Absence d'ADP à l'étage sus mesocolique
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.
- Le balayage échographique de la FID n'objective pas d'image d'appendice tuméfié visible ..

AU TOTAL

- Absence de signe échographique compatible avec une appendicite , aspect à confronter au reste du bilan./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS





N° IPP : 539568	N° SEJOUR : 200026570	FACTURE N° 2004009547				DATE D'ENTREE : 22/08/2020		DATE DE SORTIE : 22/08/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		SAADOUNI, Hajar		
MALADE : SAADOUNI, Hajar		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00							200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
DEUX CENTS DHS	RÉMISE :	0.00	REGLE :	200.00				AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00							
DATE FACTURE : 22/08/2020	EDITEE LE : 22/08/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL						
VISA			N° DE POLICE						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
			BANQUE : BMCE - BERNOUSSI						
			N° compte bancaire : 01178000049210006006888						

