

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.

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.

Optique :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052468

Optique *US882* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)
9165

Matricule : Société : *RAOM*

Actif Pensionné(e) Autre : *Seïda*

Nom & Prénom : *DARK BOUZI*

Date de naissance : *20/04/1966*

Adresse : *Haj Ruthi - n° 29 B 80*

Tél. *07077730 98* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *02/10/2020*

Nom et prénom du malade : *Handy Nomad* Age : *70 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Thrombose de la veine jugulaire*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Le faire à JP*

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
02 Mai 1953	Abst. Icty.	1	20,00 F. Généraliste	Dr. BOUZOUBAA Youssef ORL et Chirurgie cervico-faciale Hôpital 20 Août 1953 - Casablanca

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
UNIQUE LE PARIS SERVCE DE RADI	02.10.20	TDM facial	1300.00
angle rues de l'Assise et rue chant d'Alphonse			
au côté de MacDonald's - Véritasage			
Tél : (0521) 28 64 64			
Tél : 090062126			

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
				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

Casablanca, le : 02/10/2011

ORDONNANCE

Docteur : Dr. M. A. A. A.

4) Système de

150 g (pris)

4) Goutte 1/2

140 g pris 8)

3) Starche 5 150 g pris 8) → diluer 50 g

4) Tech 5

300 g la 10 pris 10)

Dr. BOUZOUBAA
ORL et Chirurgie de la tête et du cou
Hôpital 20 Août 1953

D. M. A. A.

CLINIQUE LE PARC

Hermitage



مصحة الحديقة
لارميطاج

Bon de Reçu N° 0011152

Nom et Prénom du Malade : MOLAD HADID

Médecin Traitant : Dr.

N° Dossier : Date 02.10.20

Acte Réalisé : TDH de la face

Montant : 1300

Signature du Médecin

Rosa 1 Angle Allée de L'Aude et rue Chant d'oiseaux (à côté de MacDonald's - Hermitage)

Tél. : 05 22 28 64 64 - Fax : 05 22 28 65 65 - Urgences : 0666 10 89 32

Email : c-d-h@hotmail.fr - Site Web : www.cdh.ma

Casablanca, le 02/10/2020

Mr. HAIDY MOUAD

TDM FACIALE

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstruction MPR.

RESULTATS :

- Fracture de la paroi externe et inférieure de l'orbite droit passant le canal infra orbitaire avec pneumo-orbite sans incarcération musculaire nettement décelable.
- Fracture des parois du sinus maxillaire droit avec hémosinus.
- Epaississement et emphysème des parties molles jugales droites.
- Intégrité des ATM.
- Fracture dentaire de la 46 et la 36

Cordialement

CLINIQUE LE PARC Hermitage
Dr. KCHIOUCHA Oufae
Radiologue
Rosa 1 Angle Allée de l'Aude et Rue Chant d'Oiseaux
Casablanca - Tel. (0522) 28 64 64

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

F A C T U R E

N° 2 912 / 2020 du 02/10/2020

Nom patient	HAIDY MOUAD	Entrée 02/10/2020	Sortie 02/10/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TDM FACIALE	1,00		1 300,00	1 300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total prestations externes				1 300,00

	Total général	1 300,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE TROIS CENTS DIRHAMS		

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			1 300,00		1 300,00	0,00



IBN ROCHD
ابن رشد
Casablanca
المغرب

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى 20 غشت 1953
Hôpital du 20 Août 1953



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 21/10/1982

Nom du malade : 445024 7001 N° d'entrée :

Service : ORL

RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REONSE LABORATOIRE
<p>· Ag, 70</p> <p>· AGDS. NN</p> <p>· Goutte humide est en AFP</p> <p>· ... - entretien de la goutte est de l'herbule + syringe +</p> <p>⇒ Fie esp TH de la feu avec reconstruct- 30</p>	<p>CLINIQUE LE PARC Hermitage</p> <p>SERVICE DE PATHOLOGIE</p> <p>Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue des Moulins d'Orléans</p> <p>(à côté de MacDonald's - Hermitage)</p> <p>Tél : (0522) 28 64 64</p> <p>INP: 090062126</p>

Médecin traitant

Dr. BOUZOUBAA YOUSSEF

Dr. MOURADE
CHIRURGE CHIRURGE CHIRURGE
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire

Ministère de la Santé
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
20 Août 1953

Formation : *Chirurgie*

Reçu de M : *Houssain*

La somme de : *Deux cent*

No 095963

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>Alai</i>	<i>200</i>
<i>Ass</i>	<i>100</i>
Total	<i>300</i>

Le : *20.08.1953*

Signature du -
Régisseur et Cachet