

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.

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.

die 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.

Nº P19- 064469

Optique 45856 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SAHNAoui Abdellatif

Date de naissance :

Adresse : H46 LOT WAFA DEROUA

Tél. 0619191457

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : / /

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

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
INPE 5.100 Ali Abderrazak CASABLANCA 94.97.97 - Fax : 94.97.99 09.10.01	24.10.00	1500.00	

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 l'

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Casablanca, le 24/10/2020

Facture N° 4619

Nom patient : **SAHNAOUI ABDELLATIF**

Examen(s) réalisé(s) :
PONCTION BIOPSIE ECHOGUIDEE

Montant : **mille cinq cents (1500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CINQ CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE RADILOGIE ANFA

5, rue Ali Abderrazak

CASABLANCA

Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99

Docteur Hayat KOURKMADI

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation fonctionnelle

Médecine Orthopédique

Médecine du sport, Podologie

Rééducation polyvalente

Neuro-Urologie et rééducation périnéale

Appareillage

Diplômée de l'Université de PARIS V

Ancienne attachée des hôpitaux de PARIS



الدكتورة حياة كركمadi

إختصاصية في الطب الفيزيائي
وإعادة التأهيل الوظائي
الطب الرياضي

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca, Le

24.10.2020

م. سانتو: Abdellah

��لدونee de fréqu, post-hemoptoe

الfonctionnel sous éval.

Docteur Hayat KOURKMADI
Médecin rééducateur
45 lei. Rue Aït Ourir
BOURGOGNE - CASABLANCA
Té: 022 20 16 55 - Fax: 022 20 16 23

SAHNAOUI. 7250

Causes et circonstances

Je vous signe M^{me} Sahnaoui Avoir fait :

Accident domestique : chute dans
les escaliers qui m'a causé un
traumatisme du mollet gauche
douloureux.

SAHNAOUI-Abdellatif

M S

Casablanca, le 24/10/2020

Patient : SAHNAOUI ABDELLATIF
Prescripteur: DR KOURKMADI HAYAT

PONCTION EVACUATRICE

*Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

Indication :

Ponction évacuatrice d'un hématome du mollet gauche.

Résultats :

Après repérage de l'hématome nous avons retiré environ 50cc d'un liquide hématique.

À noter par ailleurs une importante déchirure du muscle jumeau interne.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD
CENTRE RADIOLOGIQUE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax: 94.97.99


