

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-530489

48898

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10308

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bougaddou Fatiha

Date de naissance :

Adresse : Lat Fardaous App 7 Z.H.B 8 Etg 2 oufja  
casablanca

Tél. : 0602467656

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUGADDOU FATIMA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

affection digestive

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casablanca

Le : 20/10/2020

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
30 JUIN 2020	CS	82	650	INP : 091076582
30 JUIN 2020	K30	400		Jaouad HOUSNI Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif 10, Zekrouni APP 1A Tunis - Zerghati 2577 CASA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/6/20	663,40

#### -ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborant(e) et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ACCUEIL	2018-01-01		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>											
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>											
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>											
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	<hr/>														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>											
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>											
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>											
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**DOCTEUR HOUSNI JAOUAD**  
**SPECIALISTE DES MALADIES**  
**DE L'APPAREIL DIGESTIF**  
(foie - estomac - intestins - hémorroïdes )  
**LAUREAT DE LA FACULTE DE**  
**MEDECINE DE TOULOUSE**  
**Explorations digestives**

Casablanca Le 30 JUIN 2020  
NOM : Mm BOUGADDOU  
PRENOM : FATIMA  
EXPLORATION : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE  
MOTIF : Ballonnement + Douleurs abdominales  
APPAREIL : SIEMENS  
MEDECINS : DR HOUSNI

**COMPTE RENDU**

**FOIE** : D'écho structure brillante mais homogène , taille et les limites du foie sont normales Pas d'Image pathogène décelée .

**Vésicule biliaire** : Paroi légèrement épaisse contenu trans sonique , vésicule très distendu avec slug épais .

**TP , VBP , VBIH , VSH** : TP à 13 mm , VBP, VBIH , VSH non dilatées

**PANCREAS** : De structure et taille normale

**RATE** : de taille mais de structure normale

**AUTRES** : Distension intestinales  
Rein Gauche : hypotonie des voies excrétrices  
Rein Droit: de taille et structure normale  
Pas de ganglion ni d'épanchement intra abdominal.  
Stase gastrique importante ,Gases intestinaux

**CONCLUSION**

- STEATOSE HEPATIQUE
- GASTRITE DE STASE

70 , Bd Zerkouni Apt n°5 (face marché aux fleurs ) :0522.47.25.77 / 0522.49.28.93  
Casablanca

Dr. JAOUAD HOUSNI  
Specialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Casablanca

**DOCTEUR HOUSNI JAOUAD**  
**Spécialiste des Maladie de l'appareil Digestif**  
**(foie - estomac- intestins - hémorroïdes)**  
**LAUREAT DE LA FACULTE DE**  
**MEDECINE DE TOULOUSE France**  
Ancien Chef De Service de Gastro-entérologie  
Des Hôpitaux El Ghassani à Fès  
Et Baouafi à Casablanca  
**Explorations Digestives**

Casablanca, le

30 JUIN 2020

**FACTURE D' ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**NOM : Mm BOUGADDOU**  
**PRENOM : FATIMA**

Arrêter la facture de Quatre cents dirhams (400 Dhs) comme frais d'Echographie abdominale(K30) réalisé ce jour à Mm BOUGADDOU FATIMA



0 522 4 28 93:/ 05 22 49 28 93 70 شارع الزرقطوني الطالق الثاني- الرقم 5 ( أمام سوق الورد) الدار البيضاء- الهاتف 05 22 49 28 93  
0, Bd Zerkouni -2eme étage -Appt N°5 (face au marche de fleurs) Casablanca- Tel : 05 22 47 25 77 / fax : 05 22 49 28 9  
Email : housnijaouad@hotmail.fr

