

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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



55260

Déclaration de Maladie : N° P19-0001287

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5469 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rehaile
Nom & Prénom : HAJJI Asmaa Date de naissance :
Adresse : Av. El Oudj Riad Andalous Av Oudj Riad Belkacem
Tél : 06 61 14 24 46 Total des frais engagés : 600,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 / 10 / 2020
Nom et prénom du malade : HAJJI Asmaa Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Nastrodyne
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 : Cas Le : 21 / 10 / 20

Signature de l'adhérent(e) :


RELEVÉ 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
21-10-2020	C	001	Caractue	

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
	21/10/20	K30 Dr EL HASSANI Driss INPE: 091053132	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

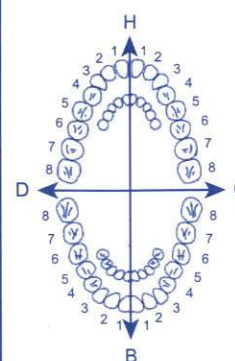
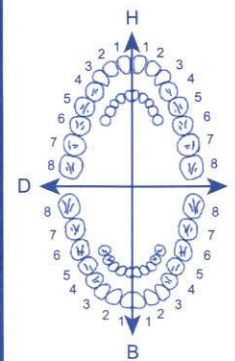
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 21/10/2020

Facture N° 3833/2020

Nom patient : HAJJI ASMAA

Examen(s) réalisé(s) :
MAMMOGRAPHIE

Montant : 600 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENTS DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423



Scanner spirale, 3D, Denta - Echographie Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Rachis et M.I en totalité - Mammographie - Panoramique dentaire et Télé Radio Numérisés
Biopsies guidées - Radio photo pulmonaire - IRM sur R.V

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca le, 21 Octobre 2020

Nom du Patient : Mme . Asmae HAJJI EP. EL HASSANI

MAMMOGRAPHIE BILATERALE

Seins de type 2 de BIRADS, sans modification de répartition de la trame glandulaire.

Pas de surcroît d'opacité d'allure péjorative.

Pas de distorsion architecturale.

Pas de foyer micro-calcique, ni de masse évolutive.

Ganglion axillaire gauche calcifié.

Aspect normal du revêtement cutané.

Conclusion/

En définitive bilan sénologique rassurant classé ACR 1 à droite et ACR 2 à gauche. Sauf élément clinique nouveau dans l'intervalle le prochain bilan est à prévoir dans deux ans.

Confraternelle ment
DR. EL HASSANI

CLASSIFICATION BI-RADS de ACR (American College of Radiology)

BI-RADS 0 de ACR : Investigations incomplètes .

BI-RADS 1 de ACR : Normal (surveillance systématique tous les 2 ans dans le cadre du dépistage) .

BI-RADS 2 de ACR : Anomalie bénigne (surveillance systématique tous les 2 ans dans le cadre du dépistage)

BI-RADS 3 de ACR : Anomalie probablement bénigne (surveillance semestrielle est conseillée pendant un an puis annuelle pendant 2 ans)

BI-RADS 4 de ACR : Anomalie demandant une biopsie.

4A : faiblement suspecte.

4B : modérément suspecte.

4C : très suspecte.

BI-RADS 5 de ACR : Anomalie fortement suspecte de malignité (une biopsie ou exérèse est souhaitée).

Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRIS 1^{er}
CASABLANCA
Tel / Fax : 0 22 8638 13

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

PATIENT

NOM : *Hajji* PRENOM : *Asmaa* AGE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

asthénie

EXAMEN DEMANDE

Ramification

DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
120 BD IDRIS 1^{er} - CASA
TEL : 091071007
ICE:001702702000002

DATE : le *21-10-2020*