

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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



Déclaration de Maladie

N° W19-555817

ND: 35 888

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12168 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Quounnich Satim
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : 0662757371 Total des frais engagés : 3805,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/05/2020
 Nom et prénom du malade : Quounnich Satim Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lumbago
 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 de déclarer avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 05/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-555817

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
			3000H	INP : 091032489

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	de 22/05/20	505,20 Dhs.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																					
	Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبوخليك
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Casablanca, le :

28 05 2020

15, Quoinine Salin

94,00x2

- Mydoflex 150 mg } x 10j

143,60x2

- Dolicox 60 mg } x 10j

15,00x2

- PARANTAL 1g } x 10j

PARANTAL® 1g

PPV 15DH00
EXP 11/2022
LOT 90050 2

PPV : 143DH60
PER : 06/22
LOT : I1512-12

PPV : 143DH60
PER : 10/22
LOT : I2106-22

PARANTAL® 1g

PPV 15DH00
EXP 11/2022
LOT 90050 2

15 Rue la Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA

(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com

EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50



Centre IRM Jean Jaurès

imagerie par résonance magnétique

Casablanca le 20/05/2020

FACTURE N°
198/2020

MR QUOUNNICH

IRM JEAN JAURES SARL
Dr BENNOUNA Mohamed Fouad
7, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél. : 05 22 49 00 03
RC : 360195 - TP : 35548499

EXAMEN	MONTANT
IRM LOMBAIRE	3000 DHS

IRM JEAN JAURES SARL
Dr BENNOUNA Mohamed Fouad
7, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél. : 05 22 49 00 03
RC : 360195 - TP : 35548499

DR BENNOUNA MOHAMED FOUAD
ICE : 001588983000074
IF: 20684863
RC: 360195 - TP: 35548499

TÉL : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09
E-mail : contact@irm-jean-jaures.com
Adresse : 7 Rue jean jaures casablanca
Site web : www.irmjeanjaures.com



Centre IRM Jean Jaurès

imagerie par résonance magnétique

Casablanca le 20/05/2020

MEDECIN TRAITANT : PR OUBOUKHLIK

NOM DU PATIENT : MR QUOUNINICH

EXAMEN : IRM LOMBAIRE

TECHNIQUE :

- Coupes sagittales T1 T2.
- Coupes axiales T2.

RESULTATS :

- En L4-L5 : débord discal global sans conflit disco radiculaire.
- En L5-S1 : débord discal global sans conflit disco radiculaire.
- Les disques L4-L5 et L5-S1 sont déshydratés.
- Absence d'anomalie de signal ou du calibre du fourreau dural.
- Absence d'anomalie de signal osseux.
- Absence d'anomalie des parties molles pré et latéro-vertébrales.

IRM JEAN JAURES SARL
Dr BENNOUNA Mohamed Fouad
7, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05 22 49 00 03
RC : 360195 - TP : 35548499

IRM JEAN JAURES SARL
Dr BENNOUNA Mohamed Fouad
7, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05 22 49 00 03
RC : 360195 - TP : 35548499

Confraternellement,

DR BENNOUNA MOHAMED FOUAD
ICE : 001588983000074
IF: 20684863
RC: 360195 - TP: 35548499

TÉL : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09
E-mail : contact@irm-jean-jaures.com
Adresse : 7 Rue Jean Jaurès Casablanca
Site web : www.irmjeanjaures.com