

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

- Réclamation : 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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-525232

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5501 Société : RM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL ABDI My Abdelaziz

Date de naissance : 2014163

Adresse : AGADIA MY ALHOUDA

Tél : 0666122487 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : EL ABDI ABDULLAZIZ Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Transfert de la 7^{ème} sur la 1^{ère} chambre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 MARS 2020

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 : 19/02/2020 Le : 17/02/2020

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
19/02/2020	CSA		120,00	INP : 0612366101

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/20	189,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/2/20	24	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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>30533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	30533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	30533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Echographie

الفحص بالصدى

Électrocardiogramme

التخطيط الكهربائي للقلب

Hypertension Arterielle - Diabète

الضغط الدموي و السكري

Ordonnance

Le: 19/02/2020

ELABDI ABDELAZIZ

1) Nefsal 7.5 mg cp (S.V)
54,60 1 cp x 2 J

2) Retadol 500 mg cp (S.V)
53,10 1 cp x 3 J

3) Cedol cp (S.V)
22,00 1 cp x 3 J

4) Voltaren gel (S.V)
60,00 1 app x 4 J

صيدلية الحصة
Bendaoued HASSINE
Docteur en Pharmacie
320, Bd. Jacques Lemaître - HAY ERRAHA
Tél/Fax: 022 32.5 1.95 - BERRECHID

54,60

22,00 ▲

LOT: M0353
EXP: MAI 2022
PPV: 60,00 DH



Echographie

Electrocardiogramme

Hypertension Arterielle - Diabète

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الضغط الدموي و السكري

Ordonnance

Le: 19/02/2020

ABDELAZIZ BARDI

-1/ Rx Jambes gauche
F + P

-2/ Rx Pied droit

36-38, Rue Tank Brou Ziad Barchid
Tel: 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64
Dr. MAAROUI CHAFIK
CENTRE DE RADIOLOGIE T.C. BARCHID

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

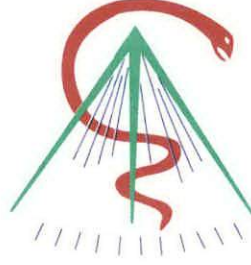
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولى (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولى

برشيد، في : Berrechid, le :

19 FEB. 2020

Nom et Prénom : MY ABDELLAAZIZ EL ABDI

Examen Pratiqé : pied droit f/p+ jambe gauche f/p

Médecin demandeur : Dr MAAROUFI

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez.

COMPTE RENDU :

Pied droit f/p

- Pas de fracture décelable

Jambe gauche f/p

- Pas de fracture décelable

Confraternellement

Signé : Dr A.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. ALI AZZAOU
36-38, Rue Tarik Bou Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

19 FEV. 2020

Facture B010 /2020

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Radiologique : Rx pied droit f/p+ jambe gauche f/p

Nom et Prénom : MY ABDELLAAZIZ EL ABDI

Pour la somme de 400 ,00DH

Quatre Cents dirhams

Signé : Dr. A.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64