

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.

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 :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006369

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8286 Société : 61767
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKHALIL Fatma
Date de naissance : 22/07/1967
Adresse : 41, Residence Enna Blue Bd APPAR
Ben Abdellah - Mohammédia
Tél. : 0664770374 Total des frais engagés : 100,00/250,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 05/02/2021
Nom et prénom du malade : ELKHALIL Fatma Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gène Prose date
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 : Mohammédia Le : 03/02/2021
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06369

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
				Docteur LATIFA CHATRAOUI MEDECINE GENERALE Residence Nasoudim Apt. 2 An Harouda - Tel. 05 22 33 22 64 ICE: 001981177000035

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Docteur ~~Lalla~~ CHATRAOUI
MEDECINE GENERALE
Résidence Nasudine Appt 2
An Harrouda - Tel : 05 22 33 22 64
Fax: 001981177000035

IN 09W 60687

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE MOHAMMEDIA Dr SLIMANI & Dr BELEFOIH Av. Abderrahmane Serghini Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 32 00 19	03.08.21	Radiographie brat FP	2500 #

Cache et signature du
Laboratoire et du Radiologue

03
RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av. Abderrahmane Serghini
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 46

[illegible]

VOLET ADHERENT

80000

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

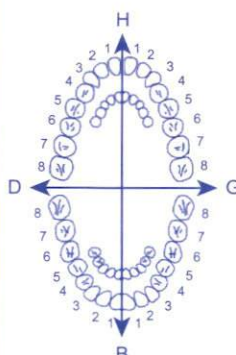
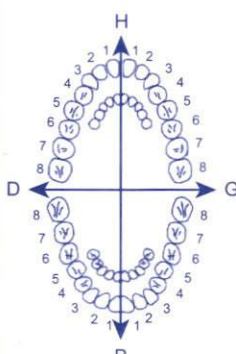
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS
	H																
	25533412 00000000	21433552 00000000															
	D																
	00000000 35533411	00000000 11433553															
	G																
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
						DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION													

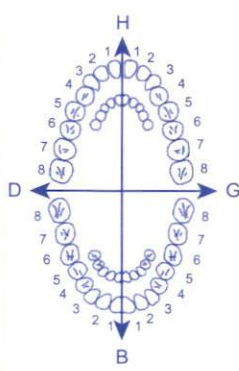
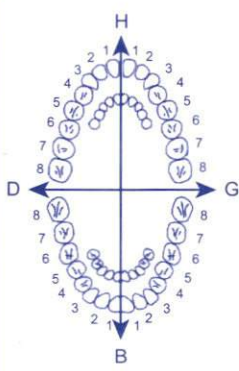
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Latifa CHATRAOUI

Medecine Générale

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Résidence Nasadihi - Appt 2

Ain Harrouda

Tél.: 05 22 33 22 64

الدكتورة لطيفة الشطراوي

الطب العام

خبيرة محلقة لدى المحاكم

إقامة نساذحي - عين حرودة

الهاتف : 05 22 33 22 64

Ain Harrouda, le : 25 DEC. 2020 عين حرودة، في :

EL KHALIL Fatima

Radiographie du genou droit
F + I

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av. Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 45

الدكتورة الشطراوي لطيفة
Docteur CHATRAOUI Latifa
Résidence Nasadihi, Appt. 2 - Ain Harrouda
Tél : 05 22 33 22 64

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉE (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H. Nouredine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attache au chu (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attache au chu de (Nancy - France)

Mohammedia , le 03/02/2021

PATIENT : EL KHALIL FATIHA EP HOURY

MEDECIN : DR CHATRAOUI

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX/ DU GENOU DROIT F/P

COMPTE RENDU

- Minéralisation normale de la trame osseuse avec intégrité globale des interlignes articulaires fémoro-patellaire et fémoro-tibial.
- Absence d'image de calcification péri-articulaire.
- Présence d'un discret comblement du cul de sac sous-quadricipital, témoignant en faveur d'un épanchement intra-articulaire confirmé à l'échoscopie en quantité minime et transsonique.

En vous remerciant de votre confiance

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 45

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 03/02/2021

Facture N°2021/02.106

Nom patient : **EL KHALIL FATIHA EP HOURY**

Examen(s) réalisé(s) : **RX/ DU GENOU DROIT F/P**

Montant : **Deux cent cinquante (250 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DH

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av. Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 49