

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.

éducation :

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

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° P19- 057494

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752 Société : R.A.R. 69226

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : S.LITINE EL GHARBI MOULAY MHAMMED

Date de naissance : 01/02/1943

Adresse : 18, LOT ARSET LEKBIR, TAARIF, CASABLANCA

Tél. : 06.68.46.1.92.20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : P

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-057494

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 : 0752

Nom de l'adhérent(e) : S.LITINE

Total des frais engagés : 20.42.00.00

Date de dépôt : 30.07.2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CENTRE KINEMA Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle 108, Bd Ghazi 16 Rue Sabab Saghrou Casablanca Tél/Fax: 39.77.70 AUT N° 1731	29.04.21	12 AM 09				(2040.00A 100.00A 200.00)

VOLET ADHERENT

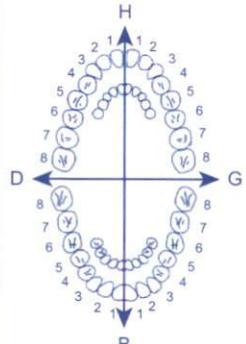
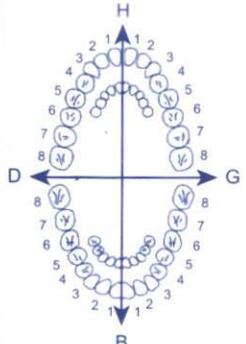
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G				
B				
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				



Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

■ I.R.M. (1,5 Tesla)

■ SCANNER VCT
(64 Barettes)
Angioscanner
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
COULEUR

16, Rue Mohamed BAHI
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif

20 100 Casablanca

Radiologie du Maârif :

Tél. : 05.22.25.74.82
05.22.25.30.30

05.22.23.79.34

Fax : 05.22.23.77.05

I.C.E : 001745076000019

Centre IRM du Maârif :

IRM : 05.22.23.23.12

05.22.99.30.31

Fax : 05.22.25.38.73

irm-maârif@hotmail.fr

I.C.E : 001744959000074

Patente : 34770967

LE : 1087675

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 09/04/2021

Mr. SLITINE ELMGHARI MY M'HAMED
DR BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL

RACHIS CERVICAL F/P :

- Raideur cervicale.
- Alignement normal du mur vertébral postérieur, des massifs articulaires et de la ligne spino-laminaire.
- Pincement discal étagé de C2 à C7 avec ébauches ostéophytiques.
- Pas d'anomalie disco-vertébrale par ailleurs.

DR BENYAHIA Z
RADILOGIE DU MAARIF
BERRADA, M. BENYAHIA Z
17, Rue Med. Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

Avec mes amicales salutations.

DR. BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL
Omnipraticien

Diplômé en Diabétologie et Nutrition
de l'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone
de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômé en Médecine de Sport
de la Faculté de Médecine de Rennes

Electrocardiogramme

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi
Cabinet : 05 22 36 78 77 - Casablanca

Urgence : 06 61 32 74 20

الدكتور بن جلون المصطفى كمال
طبيب عام

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغدية
من كلية الطب ببوردو

عضو في الجمعية الفرنسية
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بمونبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية الطب ببرين

تخطيط القلب

إقامة المنصور رقم 12 - شارع غاندي

العيادة : 05 22 36 78 77 - الدار البيضاء

مستعجلات : 06 61 32 74 20

الدار البيضاء، في 27 AVR. 2021 CASABLANCA, LE

slitine El Ghadri

*Reçu SUR LA PLACE
de l'INSTITUT
d'ENSEIGNEMENT*

CENTRE KIRIEMA
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jaba Sachrou
Casablanca, Tél/Fax: 05 22 36 77 70
Actif: 05 22 36 77 71

Dr. BENJELLOUN M.KAMAL

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux
Diplômé en Médecine de Sport de Rennes
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 36 78 77 Gsm: 06 61 32 74 20

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr



ACC

MUPRAS

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ASSURANCE MALADIE DE MARRAKECH

0752

06.68.41.92.20

le/...../.....

② ORIGINAL DU DOSSIER VOUS SERA TRAEMI'S UNE FOI: ACCORD OBTENU
AVEC PLANNING ET FACTURE CORRADIALEMENT A VOUS

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

M.H.J

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 0752

N° de poste: ✓

Nom et Prénom de l'adhérent: SITINE EL GHARI
MOULAY AYHAMED

N°Tél bureau: ✓

Nom et Prénom du bénéficiaire: SITINE EL GHARI
MOULAY AYHAMED

N°Tél domicile: 06.68.41.92.20

A remplir par le praticien

Je soussigné: Dr. Zéba Ghazzal

Estime que l'état de santé de M^{me}, M^{me}, M: IT

Nécessite: 12 mois

Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient)

2040 en dot 170 en 1x006

12 ANG

Une hospitalisation de : (Approximatif)

A: (préciser l'établissement hospitalier) Centre clinique



Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Rééducation de l'épaule gauche

cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision:

.....
.....
.....

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIEGE SOCIAL: AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel: 022-91-23-36/01-26-30/01-28-81/01-26-49-01-26-86/01-28-83 Fax: 022-91-26-52

E-mail: Mupras.m@royalairmaroc.com

