

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-475892

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12168 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Ouamini Slim
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 360 MAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ELFAHLI HAVAA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Complémentaire
 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 : Le : 18/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-475892

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 :

[illegible][illegible]

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

[illegible]

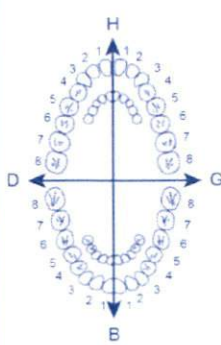
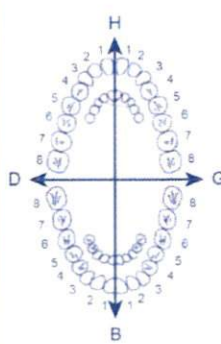
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 0000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

EX-ENSEIGNANT À LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE CASABLANCA

الدكتور توفيق الخرايبي

أستاذ مسرر

إختصاصي في طب النساء والولادة

أستاذ سابق بكلية الطب

26.9.19

Casablanca, Le

Me ELFAHUI - Humae.

Dosage des forces
plasmatisque
quantitatif

3
Laboratoire d'analyses
de médecine gynécologique
et obstétricale
117 Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 05 22 98 01 12 - 06 67 37 85 85
INP : 091043091

Professeur Taoufik CHRAIBI
Gynécologie Obstétrique
117 Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 05 22 98 01 12 - 06 67 37 85 85
ICE: 001710192000017 - INP : 091043091

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE 001748386000083

Patente 35870583

IF 01006693

CNSS 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 26-09-2019

Mme Hanaa EL FAHLI


FACTURE N°	1909261064
------------	------------

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0150	B H CG quantitatif	B250	B

Total de B : 250

TOTAL DOSSIER	360.00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante dirhams


Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane
20 100 Maarif Casablanca
Tél : 05 22 99 46 63 / 05 22 25 82 05
Fax : 05 22 98 09 11

NEXtCARE MAROC

NEXtCARE MOROCCO

209, Boulevard d'Anfa, 5eme etage, N 15, Maarif
Casablanca

24 Heure Centre d'Appels

Tél: 212-52-2950433 Fax: 0522 36 06 11

Email:

**Détails du Décompte de Remboursement*****T45D2ID8292350***Payeur: **Allianz Maroc**Date: **10/3/2019**Police: **I.M.M. S.A.**Police #: **1400418**Sous Contrat: **I.M.M. S.A.**Matricule **1039**Adhérent: **HAN A EL FAHLI**Carte #: **B93C-37B3-5CC0-E344**Transaction #: **9542394**OP #: **8292350**Bordereau#: **6918177**Date Réception: **10/2/2019**Libellé: **1400418**Cher(**HAN A EL FAHLI**
e)

Merci de nous avoir envoyé votre demande de remboursement. Veuillez trouver ci-dessous le détail des paiements selon les conditions et les termes de votre contrat.

Bénéficiaire: **HAN A EL FAHLI**Carte #: **B93C-37B3-5CC0-E344**Produit: **I.M.M. S.A.**

Référence #	Date	Fournisseur	Réclamé	Approuvé	Franchise	Co-part	PP Share	Remboursés	Dev
NCRM0079479/	26/09/19	Prestataire non	360.00	360.00	0.00	54.00	0.00	306.00	MAD
Analyses Biologiques-Analyse ordinaire (B)(1)			360.00	360.00	0.00	54.00	0.00	306.00	
SUB-TOTALS			360.00	360.00	0.00	54.00	0.00	306.00	MAD

Sous-Total	306.00 MAD	Equivalent de	306.00 MAD
------------	------------	---------------	------------

RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE
Assurance Maladie - Maternité



À remplir par la contractante

Cachet de la contractante

Numéro de police

Numéro d'affiliation de l'assuré

1039

À remplir par l'assuré(e)

Nom et Prénom de l'assuré

ELFAHLI HANAA

Date des soins

26/09/2019

Montant des frais exposés (DH)

360 DHS

Signature de l'assuré(e)

À remplir par le médecin traitant

Nom et Prénom de la personne traitée

Age

Lien de parenté avec l'assuré

Date de la première visite du médecin

Nature de la maladie ou de l'accident

AFFECTION GYNÉCOLOGIQUE

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Durée approximative de l'incapacité et des soins

Signature et cachet du médecin

A

CASA.

Le

26-09-19

Réservé à l'assureur

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement



Prescripteur : Pr TAOUFIK CHRAIBI

Réf : 1909261064

Dossier ouvert le : 26-09-2019 12:11

Edité le : 30-09-2019

Mme EL FAHLI Hanaa

Page 1 / 1

Compte Rendu d'Analyse

HORMONOLOGIE

17-09-2019

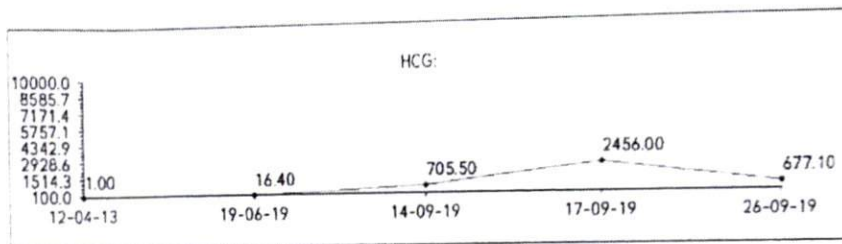
2 456.0

HCG: 677.1 UI/L

(Chimiluminescence/CobasE411)

Sem de grossesse : Taux HCG

- 3 semaines: 10-70
- 4 semaines: 10-750
- 5 semaines: 220-7200
- 6 semaines: 160-32000
- 7 semaines: 3700-163000
- 8 semaines: 32000-150000



Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane - Casa
Tél : 001 7836600093
Email : lab@biranzarane.com

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

Dossier Validé

Dr N. BAAJ
Pharmacien Biologiste