

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

- 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.
 - Le radiographie de soins est obligatoire en cas de prothèse ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et AIC

- 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 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 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

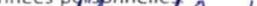


Déclaration de Maladie

Nº W19-475892

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Quaumiya Sslim</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : _____			
Total des frais engagés : <i>360 MAD</i>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	<u>ELFAHLI HAWAA</u>	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>Complémentaire</u>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : _____

<p>VOLET ADHERENT</p> <p>Déclaration de maladie</p> <p>Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p> <p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	 <p>N° W19-475692</p>	<p>Matricule :</p> <p>Nom de l'adhérent(e) :</p> <p>Total des frais engagés :</p> <p>Date de dépôt :</p>
--	--	--

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

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 Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	
.....	
.....	
.....	

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'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"/>
	.....	.....	.....	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000			
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	.....	.....	.....	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/>
	.....	.....	.....	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>

Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

EX-ENSEIGNANT A LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA

الدكتور توفيق (المرادي)

امينه مهور

جهاز فوجي لاسلكي

جهاز فوجي لاسلكي

26.9.29

Casablanca. Le

Mme Erfahia. Hamae.

Dosage de la
plasmatique

Quantitative



Professeur Taoufik CHRAIBI
Gynécologie Obstétrique
199, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tel: 0522 98 01 12 - 07 00 14 30 91
ICE: 001710192000017 - INP: 001043091

199, Bd. Bir Anzarane, Rés. El Walida - 1 er étage - Appt n°5 - Casablanca - Tél. : 05 22 98 01 12
WhatsApp : 0700 140 148 - En cas d'urgence : Clinique les Papillons : 05 22 98 20 21 - 06 67 37 85 85
0700 140 148. شارع بئر أنزاران - إقامة الولادة - الطابق الأول - الشقة 5 - الهاتف : 05 22 98 01 12 - واتساب : 199

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 0150	Prélèvement sang B H CG quantitatif	E25 B250	E 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*

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*****T45D21D8292350***

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

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

AFFECTION GYNÉCOLOGIQUE

Durée approximative de l'incapacité et des soins

Signature et cachet du médecin

A
CASA.

Le

26-09-19

Réserve à l'assureur

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement



Prescripteur : Pr TAOUIFIK CHRAIBI

Réf : 1909261064

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

Édité le : 30-09-2019

Mme EL FAHLI Hanaa

Compte Rendu d'Analyse

Page 1 / 1

HORMONOLOGIE

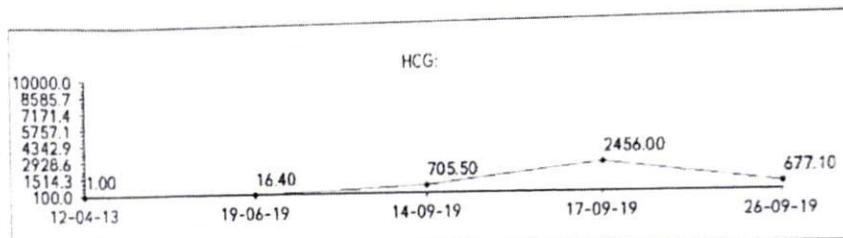
17-09-2019

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 Casablanca
Tél : 0522 99 46 64 - 0522 25 82 05 - 06 61 80 77 96 - Fax : 0522 98 09 11
N° CII : 00114836001083
N° CII : 00114836001083

Dr N. BAAJ
Biologiste

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Dossier Validé