

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3150

Société : RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme LYEDDA FARIDA BEN ZEROUALI

Date de naissance :

Adresse : 43 Rue ABOU EL ABBAS EL AZIFI MARRAKESH

Tél. : 06 10 32 23 49

Total des frais engagés : *Spécial* 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 : *CA8A* Le : *10/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Spécial*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-062964

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 : 3150

Nom de l'adhérent(e) *Mme LYEDDA FARIDA*

Total des frais engagés : *700,00 Dhs*

Date de dépôt : *10/03/2020*

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

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI**

100, Bd Brahim Roudani
Tunis 1007
Tel: 03-22-25-13-04
Fax: 03-22-25-13-05
e-mail: roudani@tnet.tn

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI**

100, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tel: 05-22-25-13-07 / 05-22-25-13-08
Fax: 05-22-25-13-05
e-mail: roudani@necmail.com.tn

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR HASSAN ALI L'ASSOCIATION DES RADIOPATHOLOGUES DE LA BANDE DE GAZA Fax 0522251304 e-mail: h.gharib@msn.com	10/03/20	K20	200,00 ₪
DR HASSAN ALI L'ASSOCIATION DES RADIOPATHOLOGUES DE LA BANDE DE GAZA Fax 0522251304 e-mail: h.gharib@msn.com	10/03/20	K50	500,00 ₪

POSTICA

AUXILIAIRES MEDICALS

VOLET ADHERENT

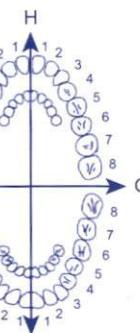
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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'EXÉCUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS CARDIO - VASCULAIRES

06/03/20
باج العافي

الدكتور محمد بوزباع
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE

Dr. M. BOUZOUBAA

Echocardiographie Doppler Couleur

Bruit de coeur
脈搏正常

Echo Doppler Veineux Artériel

Holter Tensionel

↗ Echo Thyroïde
+ classification Tissus

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE

13, Bd Ain Taoujilate (en face Clinique Badr)
Résidence ILIAS, N°6 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmine TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 10/03/2020

FACTURE N° : FA:00 2837/20

Nom : AOULAD-BENZAROUALA
FARIDA EP. CHEDDAD

Arrêtée la présente facture à la somme de :

200,00 Dhs

DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

PULMONAIRE FACE 200,00 Dhs

Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /00778000035790000001534

INPE : 090000324

*Centre de Radiodiagnostic
ROUDANI - Maârif
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96
0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
e-mail : roudani@hormail.fr*

مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 10/03/2020

FACTURE N° : FA:00 2856/20

Nom : AOULAD-BENZAROUALA
FARIDA EP. CHEDDAD

Arrêtée la présente facture à la somme de :

500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFA BANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 10/03/2020

Patient

AOULAD-BENZAROUALA FARIDA EP. CHEDDAD

Examen(s) réalise(s)

PULMONAIRE FACE

COMPTE RENDU

Résultats :

Absence d'anomalie parenchymateuse particulière.

A noter que le cliché n'a pu être réalisé en inspiration profonde satisfaisante.

Absence d'épanchement pleural.

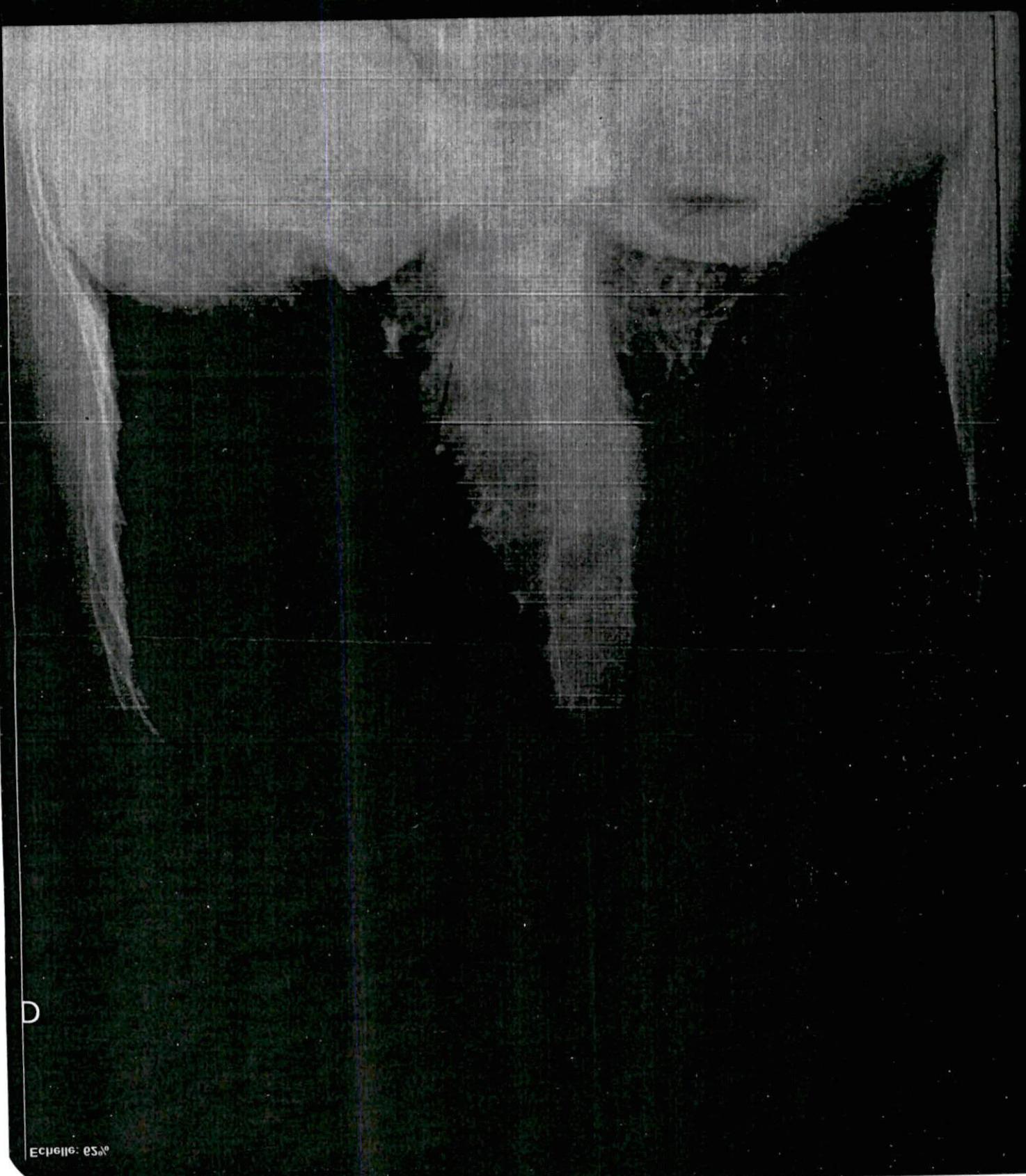
Discrete déviation trachéale vers la droite ; Silhouette cardio-médiastinale par ailleurs normale.

Absence d'anomalie pariétale.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. W. MSEFER FAROUQI





Echelle: 1:50 000