

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Aïtal 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° W19-540775

ND: 29052

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12542 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAOUCHI Khalid
 Date de naissance : 15/08/1986
 Adresse : Bd Abdelmomen Des Walid N°187 Casablanca
 Tél. : 0645018932 Total des frais engagés : 3535,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2020
 Nom et prénom du malade : SHOUNI Fadwa Age : 29
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Crise Migraineuse
 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 : 10/06/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-540775

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 : 12542
 Nom de l'adhérent(e) : BAOUCHI
 Total des frais engagés : 3535,8
 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
				INF : [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacieur ou de l'Officier	Date
Montant de la Facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/06/2020	IRRT Cerebrale	3000,00

[illegible]

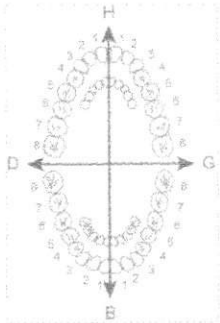
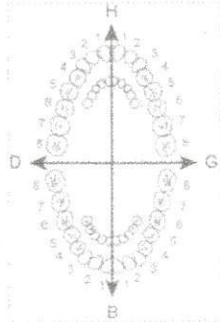
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

La pratique est priée 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Les Iris



مركز العيون

Médecin traitant :

Casablanca : 10/06/2020


Cher Amour
Prise de pari pour IRM Cerveau de 27 BAOUHI
Fadwa âgée de 29 ans en route de 34 SA sans ATCD
ni Antécédents de HTA qui présente des épisodes d'absence +
nausées chroniques liées au traitement. Antécédents
de trouble phlébitique Cérébral ? Amélioration
symptomatique !



13, Place du Nid d'IRIS (RACINE) - Casablanca - Tél. : 05 22 39 25 30 / 05 22 39 25 31 / 05 22 39 25 32 - Fax : 05 22 39 25 33



6 111250 43001 2

Vita C1000® 

10 comprimés effervescents



6 118000 032069



6 118001 170272

TM Marque déposée Pfizer

Voie orale. Lire attentivement la notice avant utilisation.
Prendre des précautions particulières de conservation.

AVLOCARDYL® 40 mg

50 comprimés sécables 



6 118000 010227

Dr. A.BELHOUCINE

Radiologue diagnostic et interventionnel
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille
Ancien P.H. des hôpitaux de France

CASABLANCA, le 10 Juin 2020

NOM DU PATIENT : SMOUNI FADWA

MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR.BENKIRANE.T.

EXAMEN REALISE : IRM CEREbraLE ANGIO-IRM CEREbraLE

TECHNIQUE:

- FLAIR axiale.
- T1 SAG 3D.
- T2 ECHOS DE GRADIENT.
- Diffusion axiale.
- Séquence T2 coronale.
- AngioIRM avec étude artérielle et veineuse.

RÉSULTAT:

- Absence d'anomalie du signal de la substance blanche ou grise à l'étage sus ou sous-tentorial.
- Cavités ventriculaires en place.
- Absence de foyer hémorragique ou ischémique.
- La fosse postérieure et respectée.
- Les séquences d'angio-IRM, ne montrent pas d'anomalie vasculaire en projection de polygone de Willis.
- Absence d'anomalie veineuse.

CONCLUSION :

- ✓ Angio-IRM et IRM cérébrale, montrant pas d'anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

DR BELHOUCINE

CENTRE DE RADIOLOGIE LA WILAYA
2, Rue d'Agadir, Angle Bd. Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 49 73 13

📍 2/8, Rue d'Agadir Angle Hassan II - Casablanca CP 20 000 - الدار البيضاء - زاوية شارع الحسن الثاني - 8/2, زنقة أكادير, 📍

RC : 366341 - IF : 20720341 - Patente : 34254041 - ICE : 001762731000089

☎ : +212 522 497 373

F A C T U R E

N° de l'admission : 20002105 N° Facture 20002179 Date facturation : 10/06/2020

Nom et prénom du patient : **FADWA SMOUNI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 10/06/2020 Sortie: 10/06/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
IRM CEREBRALE	1.00	3 000.00	3 000.00
		sous-total	3 000.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille dirhams

total : 3 000.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :


LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir, Angle Bd. Hassan II
Tél: 0522 49 73 73 - Casablanca