

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - 8ème Stage 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 27 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-529913

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Aut. res

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12536 Société : RAM mr 30667

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GARCH JIHANE

Date de naissance : 21-07-1987

Adresse : 9, Bd YACCOUR EL MANSOUR
MOHAMED DIA

Tél. : 06 61 24 57 64 Total des frais engagés : 700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 04/03/2020

Nom et prénom du malade : El Garchi Jihane Age: [Signature]

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : [Signature]

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 : 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
04/13/12	g. robot			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

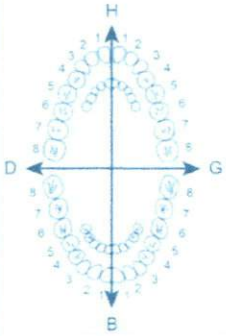
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

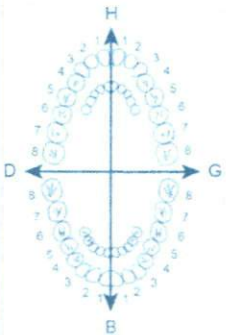
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr><td>H</td></tr> <tr><td>25533412 21433552</td></tr> <tr><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>D</td></tr> <tr><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>35533411 11433553</td></tr> <tr><td>G</td></tr> <tr><td>B</td></tr> </table>	H	25533412 21433552	00000000 00000000	D	00000000 00000000	35533411 11433553	G	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H									
	25533412 21433552									
	00000000 00000000									
	D									
	00000000 00000000									
	35533411 11433553									
	G									
	B									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse									
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
		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

Docteur Imane BEKOUCHI

**Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique**

Chirurgie Gynécologique - Maladies du sein
Coelioscopie - Colposcopie - Hystéroscopie
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée



د. إيمان بكوشي

**صحة في أمراض النساء
والتوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص والجراحة بالمنظار
العقم - المساعدة الطبية على الانجاب

Casablanca, le الدار البيضاء، في

N° Gorle Jilane

E. R. C. F.

Docteur Imane BEKOUCHI

**Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique**

Chirurgie Gynécologique - Maladies du sein
Coelioscopie - Colposcopie - Hystéroscopie
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée



الدكتورة إيمان بكوشي

**اختصاصية في أمراض النساء
والتوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص والجراحة بالمنظار
العقم - المساعدة الطبية على الانجاب

Casablanca, le 04/03/2024 الدار البيضاء، في

A: Garcho Jihane

Facture

Consultation 200,00

Echo 200,00

ERCF 300,00

Total 700,00

عمارة الجماعة، مدخل ب، الطابق الثاني، رقم 11، طريق ازموور - الحي الحسني - الدار البيضاء

Immeuble communal, Rte D'Azemmour, Entrée B, 2ème étage - N° 11, Hay Hassani - Casablanca

الهاتف : 05 22 930 930 - Tél. : 05 22 930 930 - البريد الإلكتروني : dr.bekouchi@gmail.com

Docteur Imane BEKOUCHI

**Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique**

Chirurgie Gynécologique - Maladies du sein
Coelioscopie - Colposcopie - Hystéroscopie
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée



د. إيمان بكوشي

**مأصية في أمراض النساء
والتوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص والجراحة بالمنظار
العقم - المساعدة الطبية على الانجاب

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Dr. Imane Bekouchi

Choumou moutabla enale
Bicoulis, enale 2298M

lifido a tpe forte
HP

HPF = (595)
Elad est HP

Signature

5.0-83-05-00:52:37
J. Kano
12/7
Tokyo

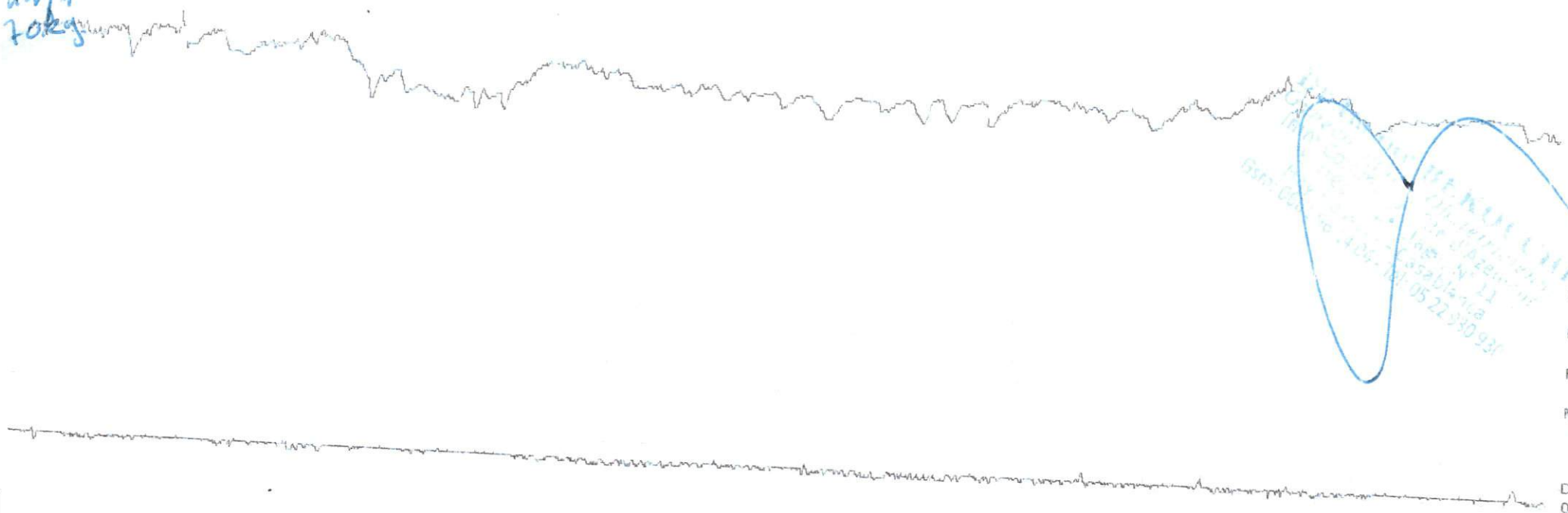
100:54:17

100:55:57

100:57:37

100:59:18

101:00:59



Statistiques
Moyenne
148 bpm
Evenement
00 Fréque
FM manuel
00 Fréque
FM auto
00 Fréque
Mise à zéro
00 Fréque
Durée d'er
09 min 04 s