

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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052371

ND: 38945

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9055

Société : RAC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OKRABI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet Dr. KAMAL EL MOUATAC
Gynécologue Obstétricien
Résidence El Hamd Bd. Mohamed
Mohammedia
Tél: 05 23 32 64 64 / INPE 0910252

Date de consultation : 13 JUL 2020

Nom et prénom du malade : KARAMI Hakia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALFA

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 : 7 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
13 JUL 2019	CS		210,00	

Dr. KAMALEL EL Hassan El Hamdy Othman Mohammad	200 gms	Cg	13 JUL 2019
--	---------	----	-------------

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07 JUL 1980	Elb	20,00
	16/7/80	Elb Elb 30	270,00

0-7 JUL 27:0	Elb pel 2230	20, 2 270w
--------------	--------------------	---------------

[illegible]

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453
--

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;">B</div> </div>	H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																		
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS																		
		DATE DU DEVIS																		

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de


SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

[illegible][illegible][illegible][illegible]

				
B				

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;">B</div> </div>	H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS
H		G																		
25533412		21433552																		
00000000		00000000																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	


COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	


DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



REPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé

Attestation de soins

à l'usage des professionnels de santé

D

00000000
00000000
35533411


B

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

G

00000000
00000000
11433553

H



MONTANTS DES SOINS

D


00000000
00000000
00000000

G

00000000
00000000
00000000

DATE DU DEVIS

MONTANTS DES SOINS



REPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé

Attestation de soins

à l'usage des professionnels de santé

D

00000000
00000000
35533411


B

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

G

00000000
00000000
11433553

H



MONTANTS DES SOINS

D

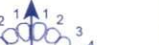






00000000
00000000
00000000

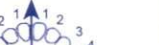


G


00000000
00000000
00000000


DATE DU DEVIS


MONTANTS DES SOINS


	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				
				
			DATE DU DEVIS	

	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	_____ _____ _____			
			DATE DU DEVIS	

	35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS	
	B		
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS	

	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	

	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>



DATE DU DEVIS



ECHOGRAPHIE

Nom: *KARIM*
Prénom: *Hamza*
Indication:

Date :

DDR:

13 JUL. 2020

UTÉRUS :

* Taille :

- Longueur :

- Largeur :

- Epaisseur :

* Contour :

* Situation :

* Myomètre :

ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :

- Ovaire Gauche :

LE CDS DE DOUGLAS :

CONCLUSION :

Echo mal

Professeur KAMAL EL MOUATACIM
* Gynécologue Obstétricien *
Résidence El Hamd / Bd. Mohamed V
Mohammédia
Tel.: 05 23 32 64 64 / INPE: 081029264



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 14/07/2020

Facture N° 200476414

ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 270,00 DH

DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 14/07/2020

Pour MME KARAMI HAKIMA

Sur ordonnance du DR: EL MOUATACIM K.

DR ALAOU BOUHAMID ABDELHAFID
CES d'Anatomie Pathologique
de Médecine Interne
Ancien Chef du Service
de l'Hôpital Militaire Avicenne
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 05 22 44 51 00 - Fax: 05 22 44 52 30
GSM: 0661 32 20 02



KARAMI Hakima.

ELMOUSSIT

Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

Professeur KAMAL EL MOUATACIM
* Gynécologue Obstétricien
Résidence El Hamd. Bd. Mohamed V
Mohammedia
Tel: 05 23 32 64 64 - INPE: 091029264

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- FCV : Vagin ☐

Exocol ☐

- CBE : Endomètre ☐

Professeur KAMAL EL MOUATACIM
* Gynécologue Obstétricien
Résidence El Hamd. Bd. Mohamed V
Mohammedia
Tel: 05 23 32 64 64 - INPE: 091029264

Signature et Cachet

