

## 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 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

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.

N° W19-423249

ND : 50 427

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 10 232 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUNTASSAR SALAH

Date de naissance :

Adresse : HAY EL HAMRA 2 RUE 3 EM MIL NR 13 AIN CHOK CASA

Tél. : 06 61 85 63 85 Total des frais engagés : 800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/2020

Nom et prénom du malade : MOUNTASSAR Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : n/j resp

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : M

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
02/01/2022	Ep		300.00	INP : 19158781595 Tél. 05 22 21 45 46 404 Rés. Séj. 1001/1012 Préau de la Cité - Casablanca Tunisie

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<del>RADIOLOGIE AL QUODS</del>	11/01/2015	500	500,00
Bd al quods			
radiologiealquods@gmail.com			
05 22 21 43 43			

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

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires - Asthme et allergies  
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés  
Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Membre de la European Respiratory Society

Membre de la société Marocaine des Maladies Respiratoires

Membre de l'Association Marocaine de Formation Continue en Allergologie



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية  
للكبار و الصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو و الحساسية

أمراض السل - الأمراض المتعلقة باللثة - إختبارات الحساسية

الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة

عضو في الجمعية المغربية للأمراض التنفسية

عضو في الجمعية المغربية لامراض كال

Casablanca , le ٢٠١٥-١٢

ر.هـ زكريا بن طه

Examen cervical.

⇒ Patient de 18 ans , ATD 3A

Actualité tuméfaction cervicale cr.

RADIOLOGIE AL QUODS  
Bd al quods N° 697  
Radiologiealquods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43

IBI: 05 22 21 45 46  
Ain Chock, Casablanca  
40010, Maroc  
radiologiealquods@gmail.com  
Dr. Hind JANAH

05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05

404 Rés Safaa, 3<sup>ème</sup> étage, Appt N°15, Bd Al Qods, Ain Chock, Casablanca

drjanahhind@gmail.com



Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax: 05 22 21 43 43 - E-mail: radiologiealquods@gmail.com



Casablanca, le 15/10/2020

**FACTURE N° : Note d'honoraire**Nom & Prénom : MOUNTASSAR RIHAM  
Date d'examen : 15/10/2020

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
ECHOGRAPHIE CERVICALE	<b>500 DH</b>
<b>NET A PAYER</b>	<b>500 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**CINQ CENTS DH**

ICE : 002313947000064

RADILOGIE AL QUODS  
 Bd alquods N° 697  
 Radiologiealquods@gmail.com  
 Tél: 05 22 21 43 43