

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.

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° W19-423249

ND : 50 427

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : No 232 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUNTASSAR SALAH

Date de naissance :

Adresse : HAY EL HAMRA 2 RUE 3 SM MIE NR 13 AN

CHOK CASA

Tél. : 06.61.25.63.89 Total des frais engagés : 800

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/10/2020

Nom et prénom du malade : MOUNTASSAR SALAH Age :

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

Nature de la maladie : n/f 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.

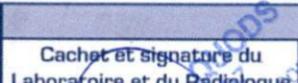
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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	
02/09/2022	CP		300 DH		INP : [] [] [] [] [] []
					Tel: 05 22 21 45 46 404 Res Safar - Casablanca <i>(Signature)</i>

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/10/12	546	500,00

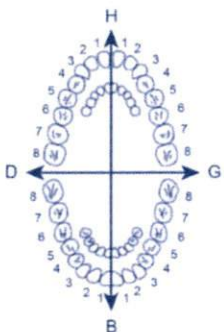
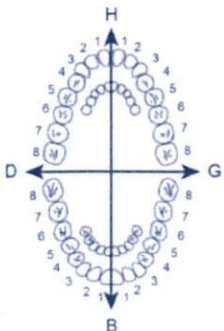
[illegible]

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 canalaires, 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G ————— 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
لللكبار و الصغار

أمراض الجهاز التنفسي — الربو و الحساسية
أمراض السل — الأمراض المتعلقة بالنوم — إختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة

عضو في الجمعية المغربية للأمراض التنفسية

عضو في الجمعية المغربية لأطفال و كآ

Casablanca , le 22/10/2020

الطبيب
Ziham Hamtani,

Etiopathie cervicale,

=> Patient de 17 ans , ATCD JAD

Admission Tumeur cervicale orb.

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

Tel: 05 22 21 43 46
Ain Chock Casablanca
404 Rés Safaa, 3^{ème} étage, Appt N°15, Bd Al Qods, Ain Chock, Casablanca

05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05

drjanahhind@gmail.com

404 Rés Safaa, 3^{ème} étage, Appt N°15, Bd Al Qods, Ain Chock, Casablanca

Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

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



091244798

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	500 DH
NET A PAYER	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DH

ICE : 002313947000064

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