

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 AIC :

- 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 : pcc@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 - Géma-Stage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de : Hélyan
Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-522790

5421

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12565

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Btouab Tlehs

Date de naissance :

05/12/1986

Adresse :

05 bld 8Tlaas Lot el Amal Ben Ahmed.

Tél. : 0672576996

Total des frais engagés :

856,34

DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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)



| 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 |
| OCT 2000 | 0 | | 2000 | INP :  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  Pharmacie HADJ HALLAL Rabat - Maroc Docteur Dr. Mousakbal GH 34 imm. 21 Al Moudawwana - Casablanca Tél: 022 58 34 15 | 12/11/20 | 36.30 |

VOLET ADHERENT

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

| RELEVE 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 canalaire, 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"/> | | | | |
| | | | | ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | | |
| | | | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| | | | | 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 Bouchra KARAOUI

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris

Stérilité du couple - accouchement

chirurgie gynécologique - Cœliochirurgie

maladie du sein - Echographie



الدكتورة بشرى قراوي

إخلاصائية في أمراض النساء والولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحة وطبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

عم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Casablanca, Le 12/1/2011 الدار البيضاء في

Dr. Bouchra KARAOUI

36.30

① Flegyl als



36,30

1 mth. 1 day

② Yohkelt

1 mth. 1 day

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynecologue Obstetricienne
22 Bd. Omar El Khayam
Tél: 0522 36 69 00 - 0522 36 68 99

Pharmacie RABIA MOUSTAKBAL
Rabia FATHALLAH
Docteur en Pharmacie
Lot. Al Moustakbal GH 34 Imm. T 301
Sidi Maarouf Casablanca
Tel. Fax: 022 58 34 15



LP

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

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

- Frottis monocouche :

Vagin

Exocol

Endocol

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 15/10/2020

FACTURE N° : 20/10418

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 :

320,00 Dhs

TROIS CENT VINGT DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **13/10/2020**

Pour **AFIFI IBTISSAM**

Sur ordonnance du : **Dr KARAOUI BOUCHRA**

