

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-764273

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3718

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KANDOUL HASSAN

Date de naissance :

30.09.1952

Adresse :

LOT EZZAHRA NOUR 170 SOUALEM

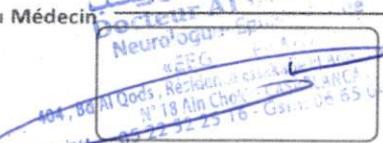
Tél. :

06.01.27.82.89

Total des frais engagés : 3300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection neurologique

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 : 03/10/2008

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-764273

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3718

KANDOUL

3300,00 DH

Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03/10/2022			3000.00	INPI 09/10/2022 Dr. Amin Gharbi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Tel : 05 22 32 16 - CASA 38 65 0 33 10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue INPE : 091036178	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/10/2022	DR M cerebrale	3000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

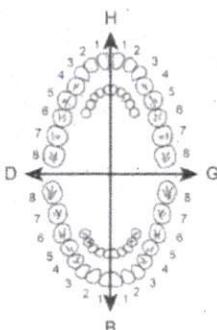
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

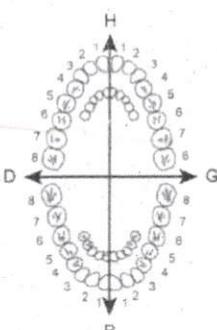
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
G	00000000	00000000
	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

RADIOLOGIE

2 MARS - SOUNA S.A.R.L



الفحص بالأشعة

2 مارس - السنة

Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.
(SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

Casablanca, le 05/10/2022

Facture N° 08488/2022

Nom patient : **KANDOUL HASSAN**
Examen(s) réalisé(s) :
IRM CEREBRALE:

Montant : **TROIS MILLE (3000 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DIRHAMS

professeur Amina GHARBI
Radiologue 2 Mars Sound
INPE: 091036178

Docteur ATTAR Zineb

Neurologue-Epileptologue

Adulte-Enfant

- Vidéo Electroencéphalogramme « EEG »
- ElectroNeuroMyogramme « ENMG »

الدكتورة عطار زينب

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

والعمود الفقري والعضلات وإختصاص أمراض

الصرع (الكبار والأطفال)

• لخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

• التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca le : 03/10/2022

Mr Hassan Kandoul

Age = 40 ans

Adm lns = HTA
- traumatisme
craîne frontal
il y 2 mois

HCH de + laémiapaxie de +
trouble de la coordination
DRN cébale

الدكتورة عطار زينب
Doctor ATTAR Zineb
Neurologue - Epileptologue
« EEG » « ENMG »

404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 3^{ème} Etage N° 18, Ain Chok - CASABLANCA

Tel : 05 22 52 25 16 GSM : 06 65 04 33 10

الصفا 404 شارع القدس، إقامة السكن الأنيق، الطابق 3 رقم 18، عين الشق، الدار البيضاء

Essaka 404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 3^{ème} Etage N° 18, Ain Chok - CASABLANCA.

Tél : 05 22 52 25 16

Email : attar.neurologie@gmail.com

الهاتف : 05 22 52 25 16

GSM : 06 65 04 33 10

المحمول : 06 65 04 33 10