

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-647988



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

788,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 charte relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/2023

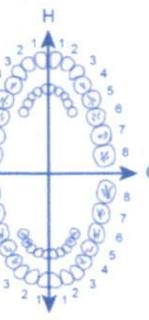
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet ou signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/11/23	Rs.		25.0.0.0	DINAHAWAL 09/11/2023
06/12/23		0.000.0.0		Appl N° 3 min Cdt Et Cdt Guin Janet FACHAWAL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA BOUSFIKA BOUHLIA 10 Bd. Panoramique Tunis 0522 527 54	27/11/23	246,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/11/2016	(210+2) + (2ax 0)	2320€

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																
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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																												
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																
MONTANTS DES SOINS																																																
DEBUT D'EXECUTION																																																
FIN D'EXECUTION																																																
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> <th>B</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				H	G	B	D	25533412	21433552			00000000	00000000							D	00000000	00000000			35533411	11433553																	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																															
	H	G	B	D																																												
	25533412	21433552																																														
	00000000	00000000																																														
	D	00000000	00000000																																													
		35533411	11433553																																													
	COEFFICIENT DES TRAVAUX																																															
MONTANTS DES SOINS																																																
DATE DU DEVIS																																																
DATE DE L'EXECUTION																																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																

Dr Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS, des Articulations, la Colonne Vertebrale et des Tendons

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé

د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود

الفقري والأوتار

دبلوم كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى العيashi بسلا

الدار البيضاء، في : Casablanca, le: 27/ 11/ 23

Mr. Haloui Alhassan

37,70

1/ Depourvoir 20ug 20ug

LOT/EXP.:

HD8299
03/2028
P.P.V: 37DH70

29,50

21

~~Stade de Casablanca~~

LOT : 230569
EXP : 04/2025
PPV : 29,50DH

45,70

31

Coltan

LOT: HD953
PER: 02/2025
PPU: 99,00DH

99,00

41

Immeas 40ug

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

34,20

34,70

24 j

matin

51

80ug

20ug

matin

24,60

24 j

matin

زاوية القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارنة رقم 3 الطابق السفلي، عين الشق - الدار البيضاء

Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El kods et Ouled Haddou - Ain Chock Casablanca

Tél. / Fax: 0522 87 33 40 | الهاتف / فاكس:

Dr Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,
des Articulations, la Colonne Vertebrale et des Tendons
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار

دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العيashi بسلا

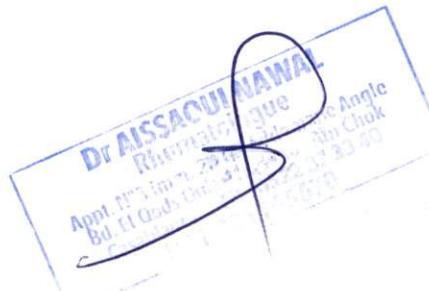
Casablanca, le : 27/10/13 الدارالبيضاء، في :

M. El Hachoui Alhassan

Rx Cerv. ral face proth.

1
naeles

RADIOLOGIE ANDAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICZ: 001614046000053
111, Bd Abdellatif Ben Khedda
Casablanca 20130



زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارة 28 الشقة رقم 3 الطابق السفلي، عين الشق - الدارالبيضاء
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El kods et Ouled Haddou - Ain Chock Casablanca

الهاتف / فاكس : 0522 87 33 40

FACTURE

N° de l'admission : 23010289 N° Facture : 23010037 Date facturation : 30/11/2023

Nom et prénom du patient : AHLAM EL HALOUI EP FILALI AOUALI

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

TraITEMENT : Examen radiologie Entrée: 30/11/2023 Sortie: 30/11/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
			Sous-Total
RACHIS CERVICAL F/P			185.60
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			46.40

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
			Sous-Total
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	46.40	4.64

arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent trente deux dirhams	Total : 232.00
	Part patient 232.00

Notre compte bancaire :

Adhérent
Mle
PC N°



Casablanca, le 30 Novembre 2023

DR .AISSAOUI NAWAL

MME. EL HALOUI EP FILALI AOUALI AHLAM

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL FACE ET PROFIL

- Légère déminéralisation vertébrale.
- Absence de lésion vertébrale d'origine traumatique.
- Rectitude du rachis cervical.
- Uncarthrose étagée.
- Respect de la hauteur des corps vertébraux et des disques intersomatiques.
- Respect du mur vertébral postérieur.
- Respect des parties molles pré- et latéro-vertébrales.

Dr. EL GHAZI Mohamed
Médecin Spécialiste en Radiologie
Diagnostique et Interventionnelle
DR EL GHAZI MOHAMED