

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 canaux, 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 canaux.

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

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



14390

Déclaration de Maladie : N° P19-0016736

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7142 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAHAN Rkia Date de naissance : 30-01-60
Adresse : 41, rue 25 Rue Saad AL WAHDA Regency BELLAH
Tél. : 0661447813 Total des frais engagés : 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 : Végétal confidentiel
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 : 23 / 12 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/10/19	soin dentaire	1650,-		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



معيّة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

Dahen
Akia.

Casablanca le : 25/10/19

PLI CONFIDENTIEL

CLINIQUE :

الداهن

TRAITEMENT :

Fransis, 060,
@ 50/20.

DUREE :

Signature de Médecin

دكتور عبد الحق بوزيان
Docteur Abdelhak BOUZIANE
HÉPATO GASTRO ENTEROLOGUE
283, Bd Mohamed ZERKATOUNI
Casablanca Tél: 05 22 94 32 32/33
INP: 091209239



صحة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

Casablanca, le 25/10/2019

FACTURE N° P602-2019

Nom et Prénom : DAHAN RKIA

DATE D'ENTREE : 25/10/2019

DATE DE SORTIE : 25/10/2019

INTITULE	JR	Qté	P.U	Montant
FORFAIT FIBROSCOPIE		1	1 650,00	1 650,00
Total Clinique				1 650,00
TOTAL				1650,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS.

CLINIQUE AIN CHOCK

510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tél: 0522 21 21 88 / 0522 21 64 68
Fax: 0522 21 64 68 - Casablanca

Docteur Abdelhak BOUZIANE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de l'Université d'Angers

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale
Proctologie

Ex attaché à l'hôpital Universitaire
d'Angers (France)

FIBROSCOPIE OGD

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعة الداخلية
التشخيص بالأمواج الصوتية
طبيب ملحق سابقا بالمستشفى
الجامعي أنجي (فرنسا)

Casablanca, le 25 octobre 2019 الدار البيضاء في

IDENTITE: MME DAHAN RKIA

CLINIQUE :

- ✓ Epigastralgies.

EXAMEN :

- ✓ Introduction sous contrôle de la vue.
- ✓ Examen sous anesthésie.

ŒSOPHAGE :

- ✓ Normal sur toute sa hauteur.
- ✓ Cardia à 40cm des arcades dentaires.

ESTOMAC :

- ✓ Lac muqueux clair abondant.
- ✓ Aspect pavimenteux de la muqueuse gastrique (biopsies).

BULBE ET DUODENUM :

- ✓ Muqueuse bulbo-duodénale subnormale.

CONCLUSION :

- ✓ GASTRITE.

الدكتور عبد الحق بوزيان
Docteur Abdelhak BOUZIANE
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
283, Bd Mohamed Zerketouni
Casablanca - Tél: 05 22 94 32 32 / 33
TNP: 091209239

283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 94 32 32 / 33

283, Bd . Mohamed Zerketouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33

E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com

Ice 001751858000041