

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 - Bôème Etage Angle Rue Mohamed Hakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com

N° W19-519874

33737

| | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2352 | Société : R.A.M | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | RETRAITE |
| Nom & Prénom : EL COUIHEN HASAN | | | |
| Date de naissance : 12.02.53 | | | |
| Adresse : LE DIVAR EL HOUADA N°2 LT AZZAM | | | |
| Tél. : 0660405466 | Total des frais engagés : 916,50 Dhs | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : B. BAKHATAE | | | |
| Date de consultation : 1/03/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : EL COUIHEN HASAN Age : 67 ans | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Exacerbation | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21/02/2020 | | | |
| 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 : **Carabache** Le : **1/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

EL COUIHEN HASAN

BP MUPRAS

Le : **1/03/2020**

Signature : **EL COUIHEN HASAN**

BP MUPRAS

Le : **1/03/2020**

Signature : **EL COUIHEN HASAN**

BP MUPRAS

Le : **1/03/2020**

Signature : **EL COUIHEN HASAN**

BP MUPRAS

Le : **1/03/2020**

Signature : **EL COUIHEN HASAN**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/01/2020 | MV factio | | | INP: 090002610 |
| 04/01/2020 | C fact | | 916,50 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|--|------|--|
| | | PT. Abdellaziz BAKHTAR Prur. Palialageut 146/24 Abdelloumen Ang. 50. Anoual Casablanca. Tel: (212) 322 99 873 |

ANALYSES - RADIographies

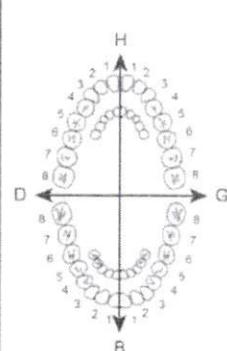
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

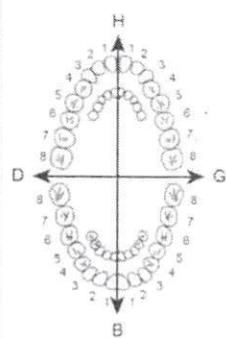
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |

[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 | |

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, Le

Le Docteur

Dr BAKHTAR

a l'honneur de présenter ses compliments à

Mr EL ROHAN HASSAN

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de :

412

800,00

DHS

Dr. Abdelaziz BAKHTAR
Président-Patiologique
416 Bd. Abdelloumane Aoual Capital
Casablanca - Tel: (212) 522 33 11

CACHE ET SIGNATURE

DOCTEUR BAKHTAR
Casablanca - Tel: (212) 522 33 06 88



OCR

مَسْجِدَةُ دَارِ السَّلَامِ

CLINIQUE DAR SALAM

M² EL COUREN

HAFIDH Casablanca, le

DRH.

De : 31/1/2019

Au : 04/12/2019

Notif : Examen bactérien de RPA

Rélate : ECG, Rx thorax

TSM thorax

Traitement : Coudre Ig

- , Bimles di IgE

Néphelisés

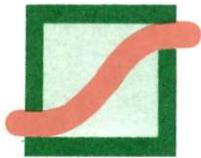
- , anti-IgM IgE

3000 cc : IgE

Mr. Abdelaziz BAKHATAR
Please, consultez le Dr. Abdelaziz BAKHATAR
16-18, Avenue Abdellah Ben Kaddour, Casablanca - Tel: (212) 522 98 88 24

URGENCES 24/24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352



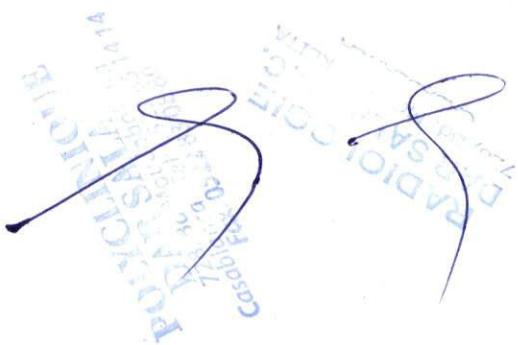
مَسْجِدَة دَار السَّلَام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

01/02/2023

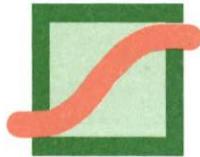
Dr COHEN Hassan

Dr. M. B. Dray
(Dr. M. B. Dray)



URGENCES 24 / 24 مَسْجِدَة دَار السَّلَام

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6367246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352



FACTURE
N°202001795 B

NOM ET PRENOM : MR. EL COHEN HASSAN

Médecin traitant : PR. BAKHATAR MUT/MUPRAS

DU 31/01/2020 AU 04/02/2020

| DESIGNATION | QT | P/U | TOTAL |
|--------------------------|-----------|------------|---------------|
| PR. BAKHATAR 4V2 | 4 | 200,00 | 800,00 |
| OMNIPAQUE (prosuit cont) | 1 | 116,50 | 116,50 |
| T O T A L | | | 916,50 |

Soit : neuf cent seize dirhams, 50cts.

Paié en Espèce
04/02/2020

DAI
Casablanca
728, Bd de l'Indépendance
Attijari Wafa Bank
RIB : 007 780 000122500000356 48
Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058

مستعجلات 24 / 24 URGENCES 24 / 24