

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 - 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° P19- 063958

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2334 Société : 34172

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIF ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|--|
| | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Visa et cachet du praticien | | | | | | | | | | | | | | | | |

| VOLET ADHERENT | | NOM : | Mle |
|--|----------------|------------------------|-----|
| DECLARATION N° | | P 14 / 0030740 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |



P 14 / 0030740

DATE DE DEPOT

/ / 201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle | 2334 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------|
| Nom & Prénom | | NADIF ABDELAH | |
| Fonction | Phones | | |
| Mail | | DOU LAPAI-CK | |
| MEDECIN | Prénom du patient | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age | | Date | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| Cs = | | 25000000 | |
| PHARMACIE | Date | | |
| Montant de la facture | 376,80 | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| 27/04/2020 | 1400,- dh | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7
Ikamat Al Amal, Errahma,
Casablanca.
Téléphone : 0522.65.85.70
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Rachida Boulouzafer

Date : 16/7/20

N° Facture : 852

Pour : Achat de médicaments

| Désignation | Quantité | Prix unitaire | Prix Total |
|---------------------------|----------|---------------|------------|
| Cefaline sachets (S.V.) | 1 | 14,20 | 14,20 |
| Oculos 20mg / 1 cp (S.V.) | 1 | 30,00 | 30,00 |
| Duoxol cp (S.V.) | 1 | 37,00 | 37,00 |
| Magnine cp (S.V.) | 1 | 99,00 | 99,00 |
| Athymil 30mg / 20 (S.V.) | 2 | 98,30 | 196,60 |

PHARMACIE Abdelhakim
Dr. BENSLIMANE Mohammed
Résidence Al Amal imm. 7 N° 4
Errahma Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 65 85 70

376,80



NEUROLOGUE

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)



طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، الألم الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض تصلب المنعد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

24/04/22

1. SOUL MATE RACISM

$$A \otimes B = \begin{pmatrix} 4 & 6 \\ 2 & 5 \end{pmatrix}$$
$$\Rightarrow m = 2.18$$
[illegible]

Orca ~~can~~ ^{by} No

CLINIQUE LE PARC Hermitage
SERVICE DE RADIOLOGIE
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue char
(à côté de MacDon)

SERVICE DE RADIOLOGIE
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux
(à côté de MacDonald's - Hermitage)
Tél. (0522) 29 11 11

Tél: (0522) 28 64 64
INP: 090062126

central

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

F A C T U R E

N° 1 211 / 2020 du 27/04/2020

| | | | |
|-----------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | BOULAZAFER RACHIDA | Entrée 27/04/2020 | Sortie 27/04/2020 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| TDM CEREBRAL | 1,00 | | 1 400,00 | 1 400,00 |
| | | | Sous-Total | 1 400,00 |
| Total prestations externes | | | | 1 400,00 |

| | | | |
|---|--|---------------|----------|
| | | Total général | 1 400,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS | | | |

| | | | | | | |
|---------------|---------------------|--|--|--|----------------------------|---------------|
| Encaissements | Espèces 1 400,00 | | | | Total encaissé 1 400,00 | Solde 0,00 |
|---------------|---------------------|--|--|--|----------------------------|---------------|

CLINIQUE LE PARC Hermitage
 مؤسسة الحديقة لارميطاج
 Roso : angle allée de l'Audie et rue chant d'oiseau
 Tél: (0522) 28 64 64
 INP: 090062126

Casablanca, le 27/04/2020

MME BOULAZAFAR RACHIDA

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE : Acquisition volumique sans injection de contraste iodé non ionique.

RESULTATS :

- Absence d'anomalie de densité parenchymateuse décelable à l'étage sus et sous tentoriel
- Structures médianes en place.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Citernes de la base libres.
- FCP sans anomalie.
- Absence de trait de fracture

CONCLUSION

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalie

MERCI DE VOTRE CONFIANCE

CLINIQUE LE PARC Hermitage
Dr. KCHIOUCHA
Radiologue
Rosa 1 Angle Allée de l'Aude et rue Chant d'oiseaux
Casablanca - Tél. 05 22 28 64 64