

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 :

La facture 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° W19-512413

N.D. 354 37

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 5113 Société : 2. A. A. D.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETZAKAF YOUSSEF

Date de naissance : le 22 octobre 1966

Adresse : N° 32, BOULEVARD DES FAMILLES

Tél. : 05 22 03 20 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amina ARROUBI
D.M.PRACTICIENNE
hab. Jamila 5
Casablanca
05 22 56 56 46

Date de consultation : 14/02/2020

Nom et prénom du malade : ETZAKAF YASMINA

Age : 11 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

meurle + rhumatisme

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-512413

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14/2/20	C	1	150 DH	INP : 0910436014
19/2/20	C	1	Croch	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SKIRA CARL A.H. Dr en Pharmacie 98 Av. Oued Eddahab, Jamila V Tel. 05 22 37 32 33 Casablanca	19.02.2020	188,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/02/2020	Ecdo Abi	500.00

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amina ARROUBI

OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin chef de centre

de Santé Sbata

Diplôme Universitaire

Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)

Diabétologie - Echographie

Spécialiste en Médecine du Sport



الدكتورة أمينة عروبي

الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة

حاصلة على دبلومات جامعية

طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)

مرض السكري - الفحص بالصدى

أخصائية في الطب الرياضي

Casablanca, le 14/02/2020 الدار البيضاء في

ESTER HAK YASMINA

عشاق ياسمين

RADIOLOGIE
Bd al quod
Radiologie al quod
Tél: 05 22 21 41 41

Dr. Amina ARROUBI
OMNIPRATICIENNE
Avenue Oued Dahab, Jamila 5
rue tél: 05 22 56 56 46
Tél/Fax: 05 22 56 56 46

المرجو إحترام وصفة طبيكم

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, En face Pharmacie SKIBA - Tél/Fax : 05 22 56 56 46

شارع واد الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة - الهاتف/الفاكس : 05 22 56 56 46

البريد الإلكتروني : E-mail : dr.amina.arroubi@gmail.com

- Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com



091244798

Casablanca, le 19/02/2020

FACTURE N° : 303/2020

Nom & Prénom : EZ-ZAHAF YASMINA

Date d'examen : 19/02/2020

Examens	Honoraires
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	500 DH
NET A PAYER	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS DH

ICE : 002313947000064

RADIOLOGIE
Al Quods
Radiologie Al Quods
Tél: 05 22 21 43 43

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibarettes
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)

- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo

Casablanca , le 19/02/2020

Patient : EZ-ZAHAF YASMINA

Prescripteur: DR AMINA ARROUBI

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT :

Aérocolie.

Le foie est de taille normale, de contours réguliers d'échostructure homogène sans lésion focale visible.

Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

La vésicule biliaire est non distendue, à paroi fine et à contenu transsonore.

Le tronc porte et les veines sus-hépatiques sont perméables, de calibre normal, présentant un flux normo-modulé.

Aspect échographique normal du pancréas et de la rate.

Les deux reins sont en place, de taille normale, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation cortico-sinusale.

Pas de dilatation des cavités excrétrices urinaires.

Absence d'épanchement ou d'adénopathie visible en intra ou rétro péritonéal.

CONCLUSION :

Aérocolie.

Echographie abdominale sans anomalie significative.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah



Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://radio-alquods.ddns.net:8088/images>

Login : 11024

Mot de Passe : 1895

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N°697
Radiologie Al Quods
Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com

