

## 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.

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° W19-540965

M.U

600 324100

Optique  Autres

R.A.M. 39592

Maladie  Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12731 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : QUARTIER AL MAZ- RESIDENCE AMBAR 3

IMMA - APP 21 - CASABLANCA

Tél. : 0661896053 Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Laila ZOUAD  
Gynécologue Obstétricienne  
Nassima Bd. Anoual 1<sup>er</sup> Etage N° 2  
72 86 42 44 0662 15 05 19

Date de consultation : 24/08/2018

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### RELEVE 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
11/05/2018	Relevé de Frais	100 DH		INP : 104760716 Dr. Laila ZOUAIDI Gynécologue Obstétricienne Centre Assima 84, Nouakchott N° 12 étage N° 12 Tél : 22 86 42 44 26 662 15 05 19 Fax : 22 86 42 44 26 662 15 05 19

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

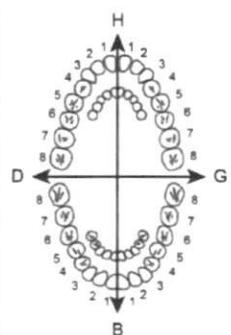
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hind ALATAWNA Centre de Pathologie libérale 84, Abdelmoumen et Bachir Lalej Télé : 0522 23 37 50 Fax : 0522 23 37 50	14/05/2018		200 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

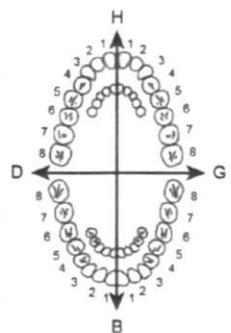
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



CENTRE DE PATHOLOGIE  
IBN ZOHR

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Dr. Laila ZOUAD

Gynécologue Obstétricienne

10 Rés. Nassima Bd. Anoual 1<sup>er</sup> Etage N° 12

Tél: 0522 86 42 44 - 0662 15 05 19

INP: 061007126

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : *Baïz Leffis*, Mr  Mme  Mlle  ENF

Age : *34 ans*

Référence :

Siège et nature du prélèvement : *col. utérin*

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

*Métrorragie profuse -  
col. d'effacement et distension -  
Fœtus dans l'utérus - vaginal*

Radiographies :

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Latéef Casab  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Signature  
Dr. Laila ZOUAD  
Gynécologue Obstétricienne  
10 Rés. Nassima Bd. Anoual 1<sup>er</sup> Etage N° 12  
Tél: 0522 86 42 44 - 0662 15 05 19  
INP: 061007126

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1 - Casablanca

Tél : 05 22 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - E-mail : patho.ibnzohr@gmail.com

ICE : 001864938000053

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casablanca le 24/08/2020

FACTURE 20/1929

NOM ET PRENOM : BAIZ RAFIKA

Référence : C00824100

Nature du prélèvement : Frottis monocouche

Date du prélèvement : 24/08/2020

Montant de : 200 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cents dirhams.

Signé

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologue  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17, Louvre centre n°1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Lakhai Casablanca  
Tél: 022 23 37 50 - Fax: 022 23 37 50

Patente N° 34708372 ICE :001864938000053 INPE :091151944

17, Louvre centre, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N°1  
(Tramway ,Station Abdelmoumen)- Casablanca