

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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



72546

CA

Déclaration de Maladie : N° S19-0001050

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11694 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACHIMI KHALID Date de naissance : 17/02/1970

Adresse : 32, RUE SOUS, QUARTIER CUBA - CASA

Tél. : 06.72.96.38.56 Total des frais engagés : 638,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed LAGHAZAOUI
Gynécologue Obstétricien
Angle Rue Gentil et
Rue Méditerranée Casablanca
05 22 47 41 69

Date de consultation : 04/05/2021

Nom et prénom du malade : Saadoussi Rajaa Age : 35

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GROSSESSE + ALIMENTATION

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 : Casablanca

Le : 25/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19- 0001050

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 : 11694

Nom de l'adhérent(e) : HACHIMI KHALID

Total des frais engagés : 638,60

Date de dépôt : 25/05/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/05/94 | C | 2000 | | |
| 04/05/94 | Écho | 3000 | | |
| 04/05/94 | obturacole | 3000 | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| 22/05/94 CISALARCA Tél: 0522 20 85 74 | 04/05/94 | 138,60 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

03010

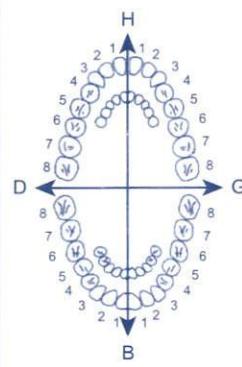
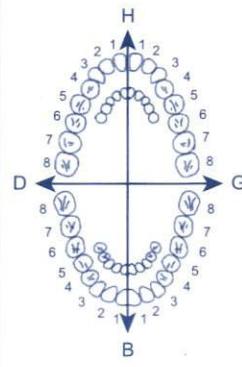
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| 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 | | | | Coefficient des Travaux | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

| | | |
|--|---|--|
| PR LAGHZAOUI MOHAMED GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN ECHOGRAPHIE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE CŒLIOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE CANCÉROLOGIE GYNÉCO-MAMMAIRE STÉRILITÉ DU COUPLE |  | أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العمق |
| Identifiant fiscal : 15264541 | INP : 091029124 | ICE : 002253847000051 |

Casablanca le : 04/05/2021

Mme : Saadaoui Rajaa

51,60

Tardyféreron B9

1 cp/j



97,20

Relaxium 300

1 gel/j



138,60



M Laghzaoui

Angle Rue gentil et Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage Casablanca en face de la place Marechal à côté du terminus du bus N° 19 et le tramway station Nations-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحراوي و زنقة جونتي قبلة ساحة سارشال و الطرامواي أمام محطة الحافلة رقم 19

M^{le} : 11694

| | | |
|---|---|--|
| PR LAGHZAOUI MOHAMED GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN ECHOGRAPHIE GYNÉCO-OBSTÉRIQUE CŒLIOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE CANCÉROLOGIE GYNÉCO-MAMMAIRE STÉRILITÉ DU COUPLE |  | أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العقم |
| Identifiant fiscal : 15264541 | INP : 091029124 | ICE : 002253847000051 |

Casablanca le : 04/05/2021

Mme : Saadaoui Rajaa

Echographie obstétricale

Grossesse mono-fœtale évolutive

Présentation céphalique

BIP : 94 mm

LF : 75 mm

Placenta normalement inséré

LA en quantité normale.

Conclusion

GME de 36 SA.

Mohamed LAGHZAOUI
Gynécologue Obstétricien
17 Avenue Rue Gentil
Angle Rue gentil et Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage Casablanca en face de la place Marechal à côté du terminus du bus N° 19 et le tramway station Nations-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

M Laghzaoui

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحراوي و زنقة جونتي قبلة ساحة مارشال و الطرامواي أمام محطة الحافلة رقم 19

M^{le}: 11694

| | | |
|--|---|--|
| PR LAGHZAoui MOHAMED GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN ECHOGRAPHIE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE CŒLIOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE CANCÉROLOGIE GYNÉCO-MAMMAIRE STÉRILITÉ DU COUPLE |  | أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العقم |
| Identifiant fiscal : 15264541 | INP : 091029124 | ICE : 002253847000051 |

Casablanca le : 04/05/2021

Mme : Saadaoui Rajaa

Echographie obstétricale : 300 dh

Mohamed LAGHZAoui
Gynécologue Obstétricien
Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage
Angle Rue Gentil Casablanca
Téléphone N° 05 22 47 44 89

M Laghzaoui

Angle Rue gentil et Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage Casablanca en face de la place Marechal à côté du terminus du bus N° 19 et le tramway station Nations-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحراوي و زنقة جونتي قبالة ساحة مارشال و الترامواي أمام محطة الحافلة رقم 19