

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

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



CHARK Ben TDW Déclaration de Maladie

N° P19- 0042499
(357A2)

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5708 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADDAKOU HASSAN

Date de naissance : 01/01/1965

Adresse :

Tél. : 0661 066260 Total des frais engagés : #1500# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/05/2021

Nom et prénom du malade : MELEIANI BADI A Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : TC

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 : EL JADIDA Le : 14/6/21

Signature de l'adhérent(e) : H

[illegible]

23/05/2021	CS		#300,000#	SP. BUDGET Mid Bengali 121.15.85.85 ELIADAR EPIDAR 121.15.85.85 121.15.85.85
------------	----	--	-----------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/21	223.30

	23/07/21	223.8
---	----------	-------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/05/2021	TDM cérébrale	# 12000 #

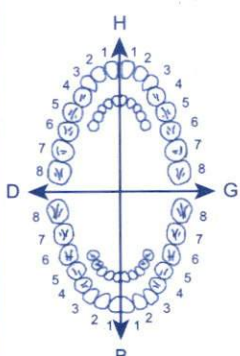
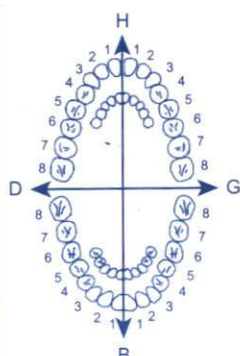
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

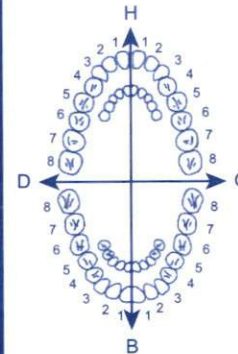
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement carfaires, ainsi que le bilan de

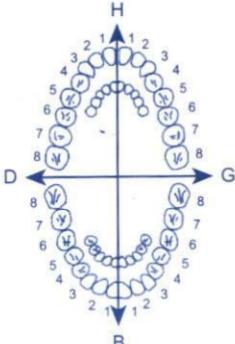
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					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													
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>													
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>													
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the base and moving up the arch. The top of the arch is labeled 'H', the left side is labeled 'D', and the bottom is labeled 'B'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



مصلحة مزكان
متعددة الاختصاصات

CLINIQUE MAZAGAN
MULTIDISCIPLINAIRE

المستعجلات 24/24
URGENCES 24/24

El Jadida , le 23/05/2021 في الجديدة ,

ORDONNANCE

MELLIANI BADIA

PPV: 168,20
LOT: 644829
PER: 12/21

168.20

1 - Augmentin 12

1 sachet x 2

14.00

2 - Doliprane 15

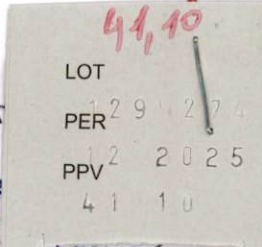
41.10 1 cp x 3

3 - Paracetamol 15

مصلحة مزكان
CLINIQUE MAZAGAN

بوزيد - الجديدة - الهاتف : 05 23 39 39 33 - الفاكس : 05 23 37 02 60
R.S. 121 , Route Sidi Bouzid - El Jadida - Tél. : 05 23 39 39 33

9838 1 cp x 2





مصلحة مزغان
متعددة الاختصاصات

CLINIQUE MAZAGAN
MULTIDISCIPLINAIRE

المستعجلات 24/24
URGENCES 24/24

El Jadida , le 23/05/2021 الجديدة , في

ORDONNANCE

M^{me} MEKLIANI BABIA

TC

pour un TDM Cervical.

[Signature]

Dr. Badia CHARK
Médecin généraliste

www.cliniquemazagan.ma

مصلحة مزغان
CLINIQUE MAZAGAN

ط.ث. 121, طريق سيدي بوزيد - الجديدة - الهاتف : 05 23 39 39 33 - الفاكس : 05 23 37 02 60
R.S. 121 , Route Sidi Bouzid - El Jadida - Tél. : 05 23 39 39 33 - Fax : 05 23 37 02 60

El Jadida, le _____ 25/05/2021

Nom et prénom : **MME MELLANI BADIA**

Date : **25/05/2021**

TDM cérébrale

TECHNIQUE :

- ☐ Acquisition hélicoidale sans injection du produit de contraste

RÉSULTAT :

- ☐ Absence d'anomalie de densité parenchymateuse sus tentoriale.
- ☐ Structures ventriculaires de situation et morphologie normale.
- ☐ Pas de signe d'hémorragie intra ou extra axiale récente.
- ☐ Ligne médiane en place normale.
- ☐ Absence d'anomalie parenchymateuse cérébelleuse et du tronc cérébral.
- ☐ Cisternes de la base sont libres.
- ☐ FO : pas de fracture visible.
- ☐ NB : petit hématome occipital gauche du scalp.

CONCLUSION

Absence d'anomalie parenchymateuse traumatique visible sur cet examen.

Bien amicalement

CLINIQUE MAZAGAN
 R.S. 121 Route Sud Boum - El Jadida
 - Radiologie -
 Tél: 05 23 39 39 37
 Fax: 05 23 39 39 37

CLINIQUE MAZAGAN

Multidisciplinaire
Urgences 24/24
EL JADIDA

F A C T U R E

N° : 1557 / 2021 du 27/05/2021

Médecin traitant : DR. CHARK BADIA

C1+TDM CEREBRALE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme MELLIANI BADIA	Payant	23/05/21	23/05/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CONSULTATION		1,00	300,00	300,00
TDM CEREBRALE		1,00	1 200,00	1 200,00
			Sous/Total	1 500,00
Total clinique				1 500,00

Arrêtée à la somme de :
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 1 500,00

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
	CHQ N° 1935913586 1 500,00	1 500,00	

CLINIQUE MAZAGAN
Service Facturation
Tél: 05 23 39 39 33 / 77
Fax: 05 23 37 02 60