

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

tions 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

89664

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013794

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03443 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

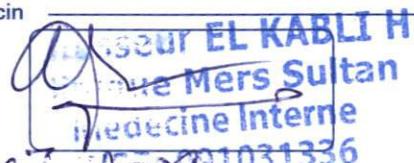
Nom & Prénom : BENBACHRAH Smi Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : lissysa 2 Bloc A N°24 Casablanca

Tél. : 0667 27 63 18 Total des frais engagés : 1028,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2021

Nom et prénom du malade : KALMI R.K. Age :

Lien de parenté : Lui-même Compagnon Enfant

Nature de la maladie : Kyste

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 03 SEP. 2021

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/7/21 | C3 | 100 DT | 100 | Professeur EL KABLI H. Clinique Mers Sultan Médecine Interne INPE : 091031336 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| 9 | 28/7/21 | 128.40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Centre de Radiologie El Oued Bd Ouled Ali - 1000 Tunisie - 2022 | 11/08/2022 | 5.000 DT | 5.000 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

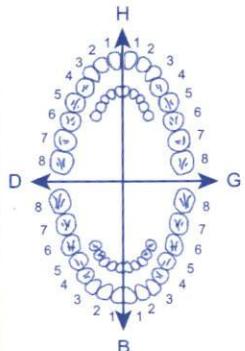
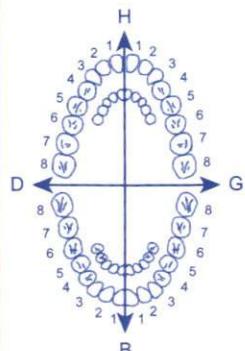
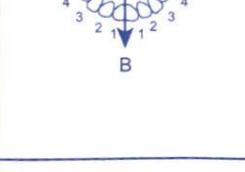
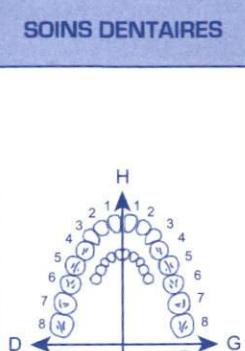
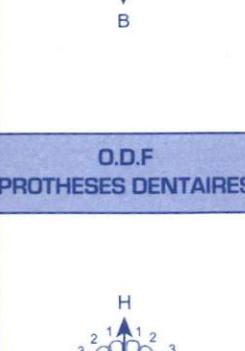
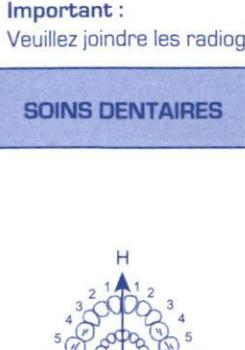
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
|  | | | | DEBUT D'EXECUTION |
|  | | | | FIN D'EXECUTION |
|  | | | | Coefficient des travaux |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
|  | | | | DATE DU DEVIS |
|  | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le

٢٧/٧/٢١

الدار البيضاء، في

Mme Fahmi Rbia

re.69
1/ Dosis h.p. 14x2/1x10g

38.80
2/ MU Xpl 1 CAS x 3/1x0.5g

79
3/ Additiva Mallinckrodt 14/11/100 صنع
PHARMACEUTICALS LTD 1999
Dr. OUADILI Souad
Missata 1 - Tel: 05 22 65 00 1
INPE : 092036789

128.42

Professeur EL KABLI H.
Clinique Mers Sultan
Médecine Interne
INPE : 091031336

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca

Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74

E-mail : hassanelkabli@gmail.com

79DH00

05.2023
L 2000523



4 026466 004907

PPV (DH) :

LOT N° :

38,80

UT. AV.:

LOT : 9544
UT. AV : 05-24
P.P.V : 10 DH 60

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le

8/07/21

الدار البيضاء، في

M^{me} Rahmi Rkia

Echographie HB

et Fœtale

Professeur EL KABLI H.
Clinique Mers Sultan
Médecine Interne
INPE : 091031336

Centre de Radiologie El Ouley
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74
E-mail : hassanelkabli@gmail.com

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 11/08/2021

FACTURE N°07053/2021

NOM & PRENOM: FAHMI RKIA

| EXAMEN | MONTANT |
|------------------------|---------|
| ECHOGRAPHIE ABDOMINALE | 500 DH |
| TOTAL | 500 DH |

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

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20220
Tél. 05 22 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 - Fax 0522 93 563
Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@com

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@com