

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

Informations 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.

Ophtalmologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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

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° M21- 068606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **A3A45**

Société : **82489**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL FLLCAH MAHMOUED

Date de naissance :

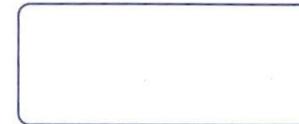
Adresse :

Tél. **02 22 12 18 11**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNIDP N° : A-A-215 / 2019

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

- 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.

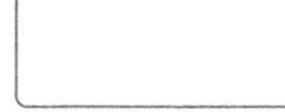
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-645443

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13145</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ELFELLAH MATHLOUD</u>			
Date de naissance : <u>16 MAI 1994</u>			
Adresse : <u>30, LE T KONTOWAAT, RUE MEHDIA - SIDI</u>			
Tél. : <u>0622121846</u> Total des frais engagés : <u>1500,00</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : <u>23/07/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ELFELLAH MATHLOUD</u> Age : <u>27</u>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-645443	
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 : <u>13145</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>ELFELLAH MATHLOUD</u>
Total des frais engagés : <u>1500,00</u>	Date de dépôt : <u>31/08/2021</u>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant Détailé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/11/21	1CS		1000000	INP : 1011035810

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Violet Adherent

* 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 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction]				<input type="text"/>												
	Fonctionnel. Therapéutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				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

Docteur Abdelali BOUDLAL

Spécialiste des Maladies de l'Apariel Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Brest-France
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العالى بودلال

اختصاصى فى الأمراض الصدرية
الربو - المساسية - داء السل
خريج كلية الطب ببريس
فرنسا

خبير ملحق لدى المحاكم

Salé, le : 23/7/2021 سلا في

Re
EL Fellah
Rahmoud

Td 7 things

RC : Td + RS sur

Dr. M. BENCHEKROUN, B.
12, Rue khlafa R'Mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

Dr. M. BENCHEKROUN, B.
12, Rue khlafa R'Mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

2, شارع محمد الخامس، عمارة الحظ السعيد، الطابق 1^م تابريكت - سلا
2, Avenue Med V.Imm. Had Essaid. 1 er étage - Tabriquet - Salé
Tél: B. 05 37 86 11 32 (sur Rendez-vous)



IRM 1.5 T • SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - CONE BEAM - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

FACTURE N° : 8890/2021

EL FELLAH MAHMOUD	Salé, le 23/07/2021
<i>Examen(s) Réalisé(s)</i>	<i>Montant</i>
TDM Thoracique	1 500,00
<i>TOTAL</i>	1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : TPE

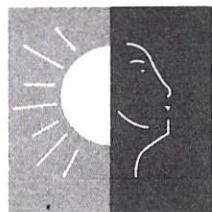
Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé

*GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ
Dr. M. BENCHEKROUN. B.
12, Rue khlafa R'Mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.71
Fax: 05.37.88.07.73*

12، زنقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlafa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007
Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

CANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADILOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
LOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADILOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE
BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

Salé le, 23/07/2021

Nom Et Prénom : Mr. EL FELLAH MAHMOUD
N° Patient / N° Dossier : 87790 / 150553
Examen(s) Réalisé(s) : TDM Thoracique

Technique :

- Examen réalisé sans injection du produit de contraste avec des coupes millimétriques et des reconstructions multi-planaire.

Résultat :

- Pas de foyer parenchymateux systématisé visible.
- Pas d'image nodulaire notable.
- Pas de signe de pneumothorax ou de pneumomédiastin.
- L'étude en fenêtre parenchymateuse ne montre pas de lésion pulmonaire.
- Pas de nodule individualisable ni de foyer de condensation.
- Absence d'anomalie de l'arbre trachéo-bronchique.

Conclusion :

- *Scanner thoracique normal.*

En vous remerciant de votre confiance
Dr. A. BENCHEKROUN.

GROUP RADILOGIQUE DE SALÉ
Dr. A. BENCHEKROUN. M.
12, Rue khlafa R'Mel Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

Dr. A. BENCHEKROUN. M.
12, Rue khlafa R'Mel Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

12، زنقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlafa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr