

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0061716

Optique 102015 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10068 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : H S A I N J A M A L

Date de naissance : 17/08/1981

Adresse : H A Y t a u k Rue 55 d = 03 B e n d o u r

Tél. : 06 22 38 15 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Houda BENJELLOUN

Oncologie - Radiothérapie
081151894

Date de consultation : 02/02/2022

Nom et prénom du malade : H S A I N J A M A L Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néo Phisie

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-061716

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
02/02/2022	CS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CHA Dr. C. CHA 7 Rue 45 Hay Jark Sid Demma Tel: 05.22.73.76.61 Fax: 05.22.73.76.62	02/02/2022	15.216	3550,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	(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'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologue - Radiothérapeute

Casablanca, 2/2/2012

M. Hsain Jema L.

Tropomine

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologue - Radiothérapie
091151894

LABORATOIRE TARIK
Dr. CHAFAY Driss
7 Rue 45 Hay Tariq Sidi Benouzi Casablanca
Tél: 0522.75.76.61 Fax: 0522.75.76.62

A m / en voyage

279, Bd. Chefchaouni Ain Sbaa - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 / 11 - Fax : 05 22 35 66 44
E-mail : direction@hpc.ma - dr.benjelloun@hpc.ma
Site web : www.hpc.ma

LABORATOIRE TARIK D' ANALYSES MEDICALES

Dr. CHAFAY Driss -Médecin Biologiste

N°7, rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi

Tél. : 022 75 76 61 CASABLANCA

Pat.: 31634793

TVA:

Facture 92121

CASABLANCA Le : 01/02/2022

Analyses effectuées le: 01/02/2022

Pour.....: **Mr. HSAIN JAMAL**

Sur prescription du :Dr BENJELLOUN

Code.....: 4BK6978



Organisme.....:

Bilan:

TROP1=B250

Total : B 250

Montant Net : 350.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE TARIK
Dr. CHAFAY DRISS
7 Rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi Casa
Tél: 05.22.75.76.61 Fax: 05.22.75.76.62

Dr. CHAFAY Driss

-Médecin Biologiste-

**Laboratoire TARIK
d' Analyses médicales**

D.E.S de Biochimie-Immuno-Parasitologie

Hématologie-Bactériologie

Ancien Assistant de CHU

Clermont - Ferrand - France

Hay Tarik Rue 45 N° 7 - 1 èr Etage - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 022.75.76.61

Fax: 022.75.76.62

Prélèvement du : 01/02/2022

Edition du : 01/02/2022



Code Patient 4BK6978

Médecin: Dr. BENJELLOUN

Mr. HSAIN JAMAL

**MARQUEURS
MARQUEURS CARDIAQUES**

TROPONINE Ic

(Tech Chimiluminescence / Cobas e411)

Résultat..... : Négatif

Titre..... : 0.007 µg/l < 0.16

Dr. Chafay D.
Médecin Biologiste