

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothésaire :

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- 0034356

103622

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Jamel SAID
Date de naissance : 01/05/1952
Adresse : Bensaid
Tél. 0664559080 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/01/2022
Nom et prénom du malade : Jamel SAID Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : IRC
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 CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
17.01.2022	U		Gratuit	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CENTRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES Dr. AL-AZOUY 38, Rue Terik Elouy Ziad Berrechid 30360 33 63 73 7083	18 JAN 2022	E23	300,00

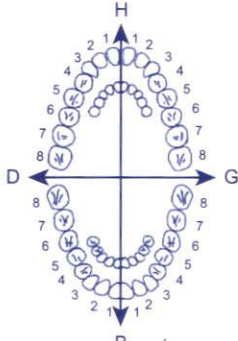
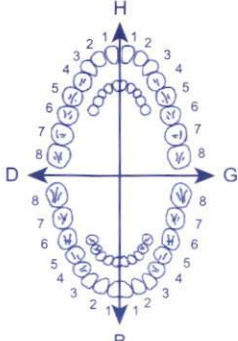
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ

Dr. Amal AYAD

Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
إختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid Le : 17/01/2022

MR JAMA Li Saïd

Radio de Thorax Face.
Profil
avec interpretation
Radiologique

RADIOLOGISTE BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
85, Lotissement Ouled Hriza - Berrechid
J5 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

Centre d'Hémodialyse
OULED HRIZ
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriza - Berrechid
Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 48

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : 18 JAN. 2022 Berrechid, le :

Facture A033/2022

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen pratiqué : Rx poumon f /p

Nom et prénom : JAMALI SAID

Pour la somme : 300.00DH

trois cent dirhams

Signé : DR : A.AZZAOU

(Signature and Stamp)
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد – برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIOLOGIE BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GÉNÉRALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PÉDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



18 JAN. 2022

Berrechid, le : في : برشيد،

الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

Nom et Prénom : JAMALI SAID
Examen Pratiqué : Poumon F/P
Médecin demandeur : Dr . AYAD


Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU :

- Silhouette cardio médiastinale de dimensions et de morphologie normale
 - Accentuation de la trame broncho vasculaire
 - Présence au niveau des deux champs pulmonaires de fines opacités
 - réticulaires
 - réticulo-nodulaires
- ⇒ syndrome interstitiel : début de fibrose

Signé : Dr. A AZZAOU


CENTRE DE RADIOLOGIE BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد – برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64