

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-439526

M7708

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10319

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANDI SANIKA

Date de naissance :

18/03/1971

Adresse :

10 Agl. la F et ANDERWAHIS
ZCKKAR Rés. Lile Belvédère CASA

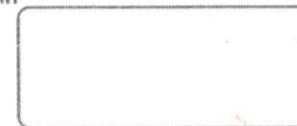
Tél. :

0529499342

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

Le : 06/06/2022

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
	Complément Dossier n° 19149885 Déposé le Vendredi 03/06/2018			INP : [REDACTED]

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
	21/06/22	Echo polar	400.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[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

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur. EL HAMMOUYI Abdelaziz
MEDECINE GENERALE

الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام



01 JUIN 2022
Casablanca, le: الدار البيضاء، في.....

Sau'ra HAMDI
Prat de Jeudi au
Bdo - jeudi

Dr. Belhaj Soulami Abdellah
Médecin Radiologue

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd Med. V - Belvédère

ساحة آل ياسير فالروز - بـ الرقـم 5 الطـابق الثـاني شـارع محمد الخامس - الدـار البيـضاء الـهـاتف:
Place El Yassir VALROSE "B" N°5, 2^{ème} Étage Bd. Med V - Casa - Tél.: 05 22 24 55 55

M U P R A S

N° Admission : 22005794 N° Facture : 22005615 Date facturati 02/06/2022

Nom et prénom du patient : Mme HAMDI SAMIRA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO PELVIENNE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams	Total :	400.00DH
----------------------	---------	----------

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	400.00 DH
PC N° :		



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

06 63 57 42 60 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Casablanca, le 02 Juin 2022

DR. A. EL HAMMOUYI

MME. HAMDI SAMIRA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

- Examen réalisé par voie sus-pubienne, vessie en réplétion pour un besoin modéré, son contenu est bien transonore, sans anomalie de paroi.
- Utérus de siège centro-pelvien, d'échostructure homogène, avec ligne de vacuité fine et médiane, entouré d'un endomètre d'épaisseur normale.
- Ovaies non visualisés.
- Pas d'épanchement dans le Douglas.
- Pas de masse pelvienne visible.

Au total :

Echographie pelvienne ne révélant pas d'anomalie notable

DR. A. BELHAJ SOULAMI

Dr. Belhaj Soulami Abdelilah
Médecin Radiologue