

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

M22- N° 001644

Optique Autres 119582

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03018 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOA TARI EL HOUSSINE

Date de naissance : 22-04-1958

Adresse : HABIB TOUELLE

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2012

Nom et prénom du malade : BOA TARI EL HOUSSINE Age : 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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
17-06 22	C	2	250 M	 MOUTTAFI-ANAH Dermato-Venereologue Farid 103, N° 1 BP 22 26 50 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CHIRURGIE DE LA MAMMOGRAPHIE</i>	<u>18/06/22</u>	<u>E.R.</u>	<u>150,-</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

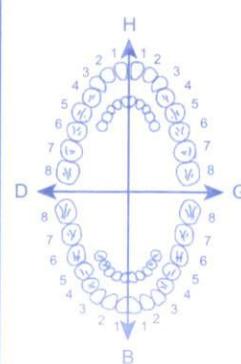
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouttaqi - Allah
Dermato - Vénérologue
Chirurgie de la Peau - Cosmétologie
Laser

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Casablanca

الدكتورة متقي الله
إختصاصية في أمراض
الجلد، الشعر، الأظافر، والأمراض التناسلية
الليزر لإزالة الشعر والوشام
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le :

١٧-٥٦-٢٢

Baabari EL Housseine

RX pulmonaire

face

MOUTTAQI-ALLAH KH
Dermato-Vénérologue
Bloc Farid 103 N°1 Bernoussi
Tél. : 05 22 76 50 50

GENTRE DE RADILOGIE RAYAN
Dr. Khalil LEBBAR
RADIOLOGUE

Radiologie Rayan



الفحص بالأشعة
الريان

Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

CASABLANCA LE : 17/06/2022

NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

M. BAATARI EL HOUSSINE
Dr. MOUTTAQI ALLAH

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE de FACE

Fibro-thorax gauche avec micro-nodule pulmonaire droite : séquellaire de tuberculose.

Confraternellement.
Dr LEBBAR

- **I.R.M 1,5 Tesla**
 - ~ Corps entier
- **Scanner 64 barrettes 3D**
 - ~ Angioscanner
 - ~ Biopsie Scanoguidée
 - ~ Arthroscanner
 - ~ Dentascanner
 - ~ Colosscanner
 - ~ Enteroscanner
- **Radiologie Numérisée**
- **Echographie**
 - ~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
- **Mammographie - Tomosynthèse**
 - ~ Repérage stéréotaxique
- **Panoramique dentaire**
- **Osteodensitometrie.**

CENTRE DE RADILOGIE RAYAN
Dr. Khalil LEBBAR
RADILOGUE

CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE

Dr. LEBBAR Khalil

Bd Baamrani AIN SEBAA Tél:0522768112

IF 40494831 ICE:001667575000062

F A C T U R E

N° : 206171212
Du : 17/06/2022

Nom patient : M. BAATARI EL HOUSSINE

Médecin prescripteur ; DrMOUTTAQI ALLAH

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
THORAX FACE	15	150,00
Total		150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT CINQUANTE DIRHAMS

