

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° M21- 0014198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1375 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAMMAM BAKHOM
Date de naissance : 12/03/1951
Adresse : 21 lotissement Maj FAKHOURA
CASA
Tél. : 0631267667 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/22
Nom et prénom du malade : NOUKHOUZI ZOHRA Agé : 67 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : fracture
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 : CASABLANCA Le : 11/07/2022
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. HIND HASSAINE Radiologue Ancienne Résidente CHU Ibn Rochd Bd. Ould Sayad, Al Wifak 1 #920372 Hay Oulfa, Casa 0522 90 90 29 / 0522 89 25 26	11.07.22	Rx Epau/FIP	300
		INPE 091234179	

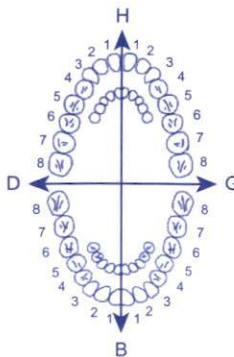
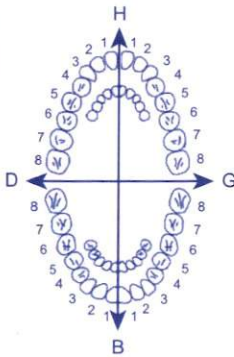
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

A / Le 11/02/11

M. NOKRAZI ZOUH

1) R- de l'epule pte R

Dr. HIND HASSAINE
Radiologue
Antenne Residente CHU Ibn Rochd
Bd. Ouz Sebou Al Wifak I
N°910-912 Hay Soufha Casa
Tel: 0522 91 90 29 / 0522 85 25 26

Dr. OUMMA ARABI
Medecin Gene
Lotissement Faisla
ter étage ouilla, Casablanca
56 73 00

1375

البط 28 - 07 - 2022

أنا الموقع أمينة السيد = الصالح إبراهيم

أنا كذا بالي المبلغ مائة 21 - 10 - 1953

قصة البطاقة الوطنية رقم - 79534 - 5

بأننا زوجتي السيدة السيدة - فقرا وعازمة

قصة البطاقة الوطنية رقم - 461235 - B

أنا عمت الفصح بالاشعة للمرة الثانية

بعد مرور شهرين ، أرى الفصح مع أمينة السيدة

بأن الكف رجوع إلى مرضه إلى الله .

وهذه هي التقارير - وشكرا -

والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

الامضاء = الصالح إبراهيم

الامضاء

الإثنين
السبت 19 / 4 / 2022



أنا الموقع أسفل

السيد السيد السيد

المساكني بحسب الحاج عنا فتح رقم 12 الولف
فت البطاقة الولفية - 7937. 7937

بأننا زوجتي الاسم، الاسم - فقراون زهرة

فت رفع البطاقة الولفية - B-461235

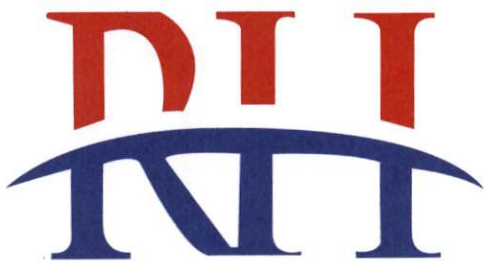
وقع لها عادية في المنزل سقطت في الحمام. الدولة

وقع لها شقة في الكنف مع خروج العظم من مكان

والحمد لله على الحف واهتمامه

والسلام

الامضاء
Samir MT



RADIOLOGIE AL HASSANI

الفحص بالأشعة الحسني

Votre Santé ... Notre Devoir

•IRM•SCANNER•ECHOGRAPHIE•DOPPLER•MAMMOGRAPHIE•PANORAMIQUE
OSTEODENSITOMETRIE•RADIOPHOTO

Casablanca, le 11/07/2022

FACTURE N° : 03447/2022

Nom & Prénom : NOKRAOUI ZOHRA

Date d'examen : 11/07/2022

INPE
091234179

Examens	Honoraires
RX EPAULE DTE F+P	300 DH
NET A PAYER	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DH

Dr. HIND HASSAINE
Radiologue
Ancienne Residente CHU Ibn Rochd
Bd Oued Sebou Al Wifak 1
N°970 - 972 Hay Oulfa - Casa
Tel: 0522 90 90 29 / 0522 89 25 26

Votre Santé ... Notre Devoir

Radiologie AL HASSANI

Tél : +212 522 90 90 29 - +212 522 89 25 26

GSM : +212 661 97 76 09

Fax : +212 522 91 17 59

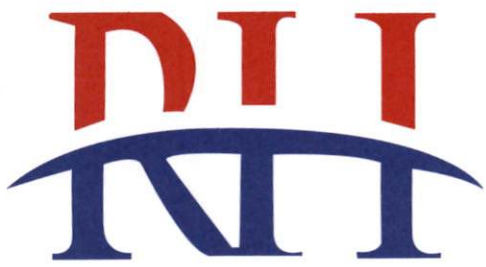
Email : radiologie.alhassani@gmail.com

Adresse : N° 966 - 970 - 972, Db Oued Sabou
El Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208

TP : 32960805 - CNSS : 1398594

ICE : 002153526000090



Votre Santé ... Notre Devoir

RADIOLOGIE AL HASSANI

الفحص بالأشعة الحسني

•IRM•SCANNER•ECHOGRAPHIE•DOPPLER•MAMMOGRAPHIE•PANORAMIQUE
OSTEODENSITOMETRIE•RADIOPHOTO

Casablanca le 11/07/2022

PATIENT : NOKRAOUI ZOHRA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX DE L'EPAULE DROITE F+P

- ✓ La tête humérale est en place.
- ✓ Encoche de Malgaigne.
- ✓ Présence d'un fragment osseux se projetant en avant de la partie supérieure de l'articulation glénohumérale.
- ✓ Absence de calcification péri-articulaire et des parties molles.

Confraternellement
Dr HASSANE

Dr. Hassane
Ancienne Radiologie
N° 970-972-972, Db Oued Sabou
Tél: 0522 90 90 29 / 0522 89 25 26

Radiologie AL HASSANI

Tél : +212 522 90 90 29 - +212 522 89 25 26
GSM : +212 661 97 76 09
Fax : +212 522 91 17 59
Email : radiologie.alhassani@gmail.com

Adresse : N° 966 - 970 - 972, Db Oued Sabou
El Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208
TP : 32960805 - CNSS : 1398594
ICE : 002153526000090