

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

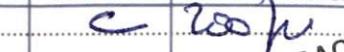
MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

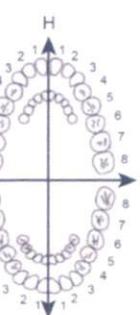
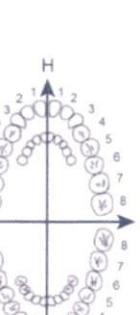
N° W21-708718

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13243	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANASS
Nom & Prénom : BEN ABBI			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des franchises : 450,00 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Docteur AZIZ EL MAHDAOUI Ancien Médecin Militaire Médecine Générale Médecine du Sport Echographie Imm. 16, Appt. 3, 1er Etage, Av. Kebibat			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Ben Assi Driss Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sommeil			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le sceau 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 : _____			
Signature de l'adhérent(e) : Docteur AZIZ EL MAHDAOUI Ancien Médecin Militaire Médecine Générale Echographie Imm. 16, Appt. 3, 1er Etage, Av. Kebibat			

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
03/07/2022	C	200 h	INP : 11111111	 Dr. Azz El MANDAOUI Ancien Médecin Militaire Médecine Générale Médecine du Sport Lieu : Kabilhat

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. DAKKAK Hassan Spécialiste en Radiologie 12, Rue de Tunis - 722950 Tél. : 05 37 72 29 50	03/03/2023		250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	T V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien doit 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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		Coefficient des travaux <input type="text"/>														
		Montants des soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														

DOCTEUR AZIZ EL MAHDAOUI

Ancien Médecin Militaire

Médecine Générale

Médecine Du Sport

Echographie Echo-doppler couleur

ECG



الدكتور عزيز المهداوي

طبيب - سكرتير سابق

الطب العام

الطب الرياضي

البايكوغرافيا الآليكو - دوبليير بالألوان

تخطيط القلب

ج² بناء

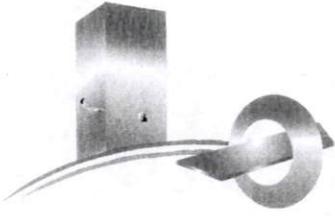
Rabat le 03/05/2014 دراس



INPE : 101104727 - PATENTE N° : 26331023 - ICE : 001876404000095

Imm 16, App 3, Avenue Kebibat, Kebibat RABAT - Tél: 05 37 69 33 38 Gsm: 06 61 61 46 33

E-mail: azizelmahdaoui@gmail.com



الفحص بالأشعة صومعة حسان

RADIOLOGIE TOUR HASSAN RABAT

IRM HAUT CHAMP - SCANNER 160 COUPES - COROSCANNE - COLONOSCANNE - MAMMOGRAPHIE
OSTÉODENSITOMÉTRIE - ÉCHOGRAPHIE - ÉCHO-DOPPLER COULEUR - DENTASCAN - PANORAMIQUE NUMÉRIQUE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

د. محمد الزبدي

Dr M. ZEBDI

Spécialiste en Radiologie
CHU Nancy

د. حسن الدرقاوي

Dr H. DARKAOUI

Spécialiste en Radiologie
CHU Ibn Sina - Rabat

PATIENT : BENABBI ANASS RABAT : 03/07/2023
REFERENCES : BN
MEDECIN TRAITANT : DR A. EL MAHDAOUI

BLONDEAU SINUSIEN

- absence d'anomalie osseuse individualisable.
- opacité avec niveau hydro-aérique au niveau des deux sinus maxillaires
- opacité comblant le sinus frontal droit
- déviation à gauche de la cloison nasale.





الفحص بالأشعة صومعة حسان

RADIOLOGIE TOUR HASSAN RABAT

IRM HAUT CHAMP - SCANNER 160 COUPES - COROSCANNER - COLONOSCANNER - MAMMOGRAPHIE
OSTÉODENSITOMÉTRIE - ÉCHOGRAPHIE - ÉCHO-DOPPLER COULEUR - DENTASCAN - PANORAMIQUE NUMÉRIQUE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

د. محمد الزبدي
Dr M. ZEBDI

Spécialiste en Radiologie
CHU Nancy

د. حسن الدرقاوي
Dr H. DARKAOUI

Spécialiste en Radiologie
CHU Ibn Sina - Rabat

Rabat le : 03/07/2023

FACTURE

FACTURE N° : 3867/2023

NOM-PRENOM : BENABBI ANASS

ORGANISME :

EXAMEN REALSE

BLONDEAU

250,00

TOTAL:

250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAM(S)

Type de paiement : ESPECES

CNSS N° 1794389
PATENTE N° 25124530
COMPTE N° 022810000050000521236723/GSM
I.FISCALE 3301936
ICE 001554261000063

