

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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- 0050008

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 1884 19 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : FILALI RAFIK Rachid
Date de naissance : 28-12-58
Adresse : Rue 93 N° 22 Famille Française
CASA
Tél. : 066673278 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALAOU BOUHAMDI Imane
Centre de Santé Ghallef
Délégation Médicale Casa-Anfa

Date de consultation : 07 / 12 / 2023
Nom et prénom du malade : Filali Fatima Zahra Age: 1964
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : msb gynies / ALC
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 : CASA Le : 07 / 12 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
07/12/23		C	G	Dr. ALAOU BOUAMDI Imane Centre de Santé Ghallef Délégation Médicale Casa-Anfa

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
	27.12.23	Ech. Membre	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

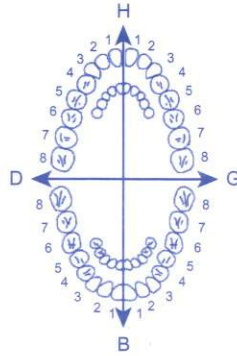
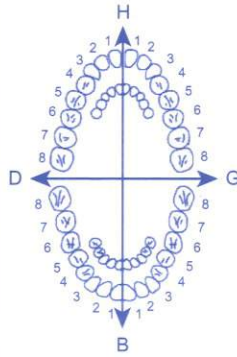
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. ALAOUT BOUHAMIDI Imane
Centre de Santé Ghallef
Délégation Médicale Casa-Anfa

Le: 07/12/23

M^r Filali E-hme 8-42
1964

Echographie mammaire

0012 400 000058
ICE: 0012 400 000058
101-05-22-88 00 00 - 0000 00 97 42 60

Dr. ALAOUT BOUHAMIDI Imane
Centre de Santé Ghallef
Délégation Médicale Casa-Anfa

FACTURE

N° de l'admission : 23011045 N° Facture : 23010790 Date facturation : 25/12/2023
Nom et prénom du patient : **FATIMA ZAHRA FILALI**
Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**
Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 25/12/2023 Sortie: 25/12/2023

Traitement

: Examen Radiologie

PRESTATIONS		Nombre	Prix unitaire	Montant
	ECHO MAMMAIRE			320.00
			Sous-Total	320.00
PRESTATIONS EXTERNES		Nombre	Prix unitaire	Montant
	DR LAHLOU NEZHA			80.00
			Sous-Total	80.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR LAHLOU NEZHA	10	80.00	8.00
		Sous-Total	8.00

arrêtée la présente facture à la somme de :
Quatre cents dirhams

Total : 400.00

Part patient 400.00

Notre compte bancaire :

Adhérent
Mle
PC N°


RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614 006 0000 58
111, Bd Anoual
22 85 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

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 25 Décembre 2023

DR. ALAOUI BOUHAMIDI IMANE

MME. FILALI FATIMA ZAHRA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Absence d'anomalie focale échographiquement décelable au niveau du tissu conjonctivo-glandulaire des deux seins et des creux axillaire.


DR. LAHLOU NEZHA
RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Nazha LAHLOU
RADIOLOGUE