

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

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° P19- 0022754

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9702 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SADIK Abdellah Date de naissance : 10/06/65

Adresse : 76, Rue Marocaine 'B', App 18, Dar el Jaza

Tél. : 06 61 41 72 86 Total des frais engagés : 1900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/08/2019

Nom et prénom du malade : SADIK Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie de l'œsophage

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 : 29 OCT. 2019 /

Signature de l'adhérent(e) :

Accueil sect./Ram

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
6/08/2019	visite d'exam et de medecine	1	100,00	DR Mohamed LARBI HEMATOLOGIST 150, Bd Bahmaï Selvédore - Casab Tél. : 0522 404060 - 0522 24 37 42 Fax : 0522 23 00045 - INPE : 91087445
			cf 2 Euro 07/08/19	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

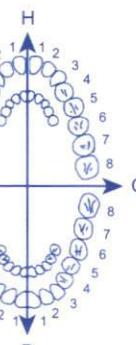
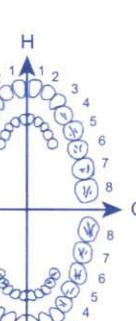
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
B																	
35533411	11433553																
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed LAABID
Hématologie Clinique
Adultes et Enfants
Autogreffe de Moelle

Ancien Maître Assistant à la Faculté
de Médecine et au Service d'Hématologie
du C.H.U. Ibn Rochd(Casablanca)

Ancien Résident Etranger
C.H.U. Henri Mondor
(Créteil-France)

Membre de la société
Française d'Hématologie

Sur Rendez-vous

الدكتور محمد العابد

اختصاصي في أمراض الدم

(أطفال - كبار)

زرع النخاع العظمي

أستاذ مساعد سابقا

بكلية الطب وقسم أمراض الدم
 بالمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مقيم سابقا بالخارج
 بالمركز الجامعي هانري موندور
 كرتيل - فرنسا)

بالموعد

6-8-14

Mr. Sadiq - معاذ الله .

né le 20/6/1465

Waldensien . (ref. 9032911)

Dr. Jaber .

Bdf

évalue et fait .

CENTRE DE PATHOLOGIE
Spécialisée "Casablanca"
6, Rue des Hôpitaux N° 1 - Résidence
du Parc 1er César N° 1 - Casablanca
Tél. 0522.22.11.43 - Fax : 0522.22.11.44

DR Mohamed LAABID
HEMATOLOGISTE
150, Bd Bahmad Belvédère - Casa
Tél. : 0522 40 40 60 - 0522 24 37 42
ICE : 001322287000046 - INPE : 91087445

150، شارع باحمد - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.24.37.44 / 0522.40.40.60 - الفاكس: 0522.24.37.42

150, Boulevard Ba Hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax : 0522.24.37.44

E-mail : m_laabid@hotmail.fr

IDENTIFIANT FISCAL N°46204435

PATENTE N°31222183

ICE 001822287000046

FACTURE N°0574/19

DU 6 AOUT 2019

Nom :SADIK
Prénom :ABDELLAH

DESIGNATION DES PRESTATIONS	DEBOURS	TAXABLE
UNE BIOPSIE OSTEO MEDULLAIRE		1400,00
TOTAL I		1 400,00
TOTAL II		
NET A PAYER		1 400,00

Agence Attijariwafabank Casa-Bélvédère Docteur Mohamed LAABID (C.H.O.P)
Clinique du Bélvédère Compte N°019.780.000.064.03011397.75.06

MILLE QUATRE CENT DIRHAMS

150, Bd Bahmad (Clinique du Bélvédère) Casablanca Tél : 00-212-22-24-37-42/40-40-60
Fax : 00-212-22-24-37-44 E.mail : m_laabid@hotmail.com



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel.: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE N° 19/5375

Casablanca, le : 23/08/2019
Analyses effectuées le : 06/08/2019
Pour : SADIK ABDELLAH
Sur prescription du : DR LAABID
Référence : **90806337**

Analyse effectuée

Histologie

BOM

Cotation :

Montant Net : 500,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de
Cinq cents Dirhams**

Signé :

CENTRE DE PATHOLOGIE
Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - 1er étage 20360 Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24