

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.

éducation :

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

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 caractére 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° P19-0001845

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7014 Société : R A M

Actif Pensionné(e) Autre :

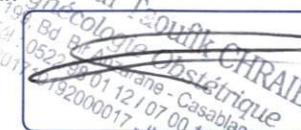
Nom & Prénom : HALIMI Noureddine Date de naissance : 6.4.63

Adresse : Boulevard golf city villa 256 casa

Tél. : 0663717000 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : C.HALI FATIMA ZAHRA Age: 34 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OBSTÉTRICALE

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.

08 NOV. 2019

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 : CLSA | Accident | Maladie | Le : 8.11.19

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/10/19 | C2 | | 300 | |
| | | | 01 | |
| | | | | Professeur Taoufik CHRAI Gynécologue Obstétricien 59, Bd. Bir Anzaane - Casablanca Tél. 0522 98 01 12 / 0522 90 14 81 48 Tél. 0522 98 01 12 / 0522 90 10 03 91 ICE 0017 1019 2000017 - INF : 0010 0391 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 01/10/19 | 7100 | 1000000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

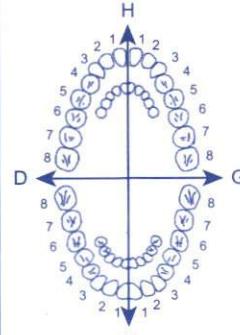
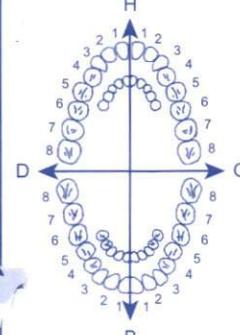
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | D G | | | |
|  | D G | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[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



Nom & prénom : CHOALI Ep HALIMI FATIMA ZAHRA

FACTURE N° : 19/017736

Date : 01/10/2019

| <u>Examen</u> | <u>Montant</u> |
|------------------------------|----------------|
| ECHOGRAPHIE MORPHOLOGIQUE T2 | 1 000,00 |
| Total Montant | |
| | 1 000,00 |

radiologie
27 Rue Ilyya
1010 Casablanca
0522.20.34.57/58
0522.47.40.09
e-mail: contact@radiologie-abdumadi.com
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT :ESPECES Le 01/10/2019

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE



EX-ENSEIGNANT A LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA

الدكتور توفيق الشرابي

أستاذ مبرز

اختصاصي في طب النساء والتوليد

أستاذ سابق بكلية الطب

17/09/2019

Casablanca, Le

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

MME CHOALI FZ

(DDR estimée au 25/03/2019)

(DC :08)

- Grossesse monofoetale évolutive
- Terme théorique : 24 - 25 SA
- Biométrie : 24 - 25 SA
- EPF à 750 g (50 pc)
- Liquide amniotique en quantité normale pour le terme.
- Placenta normo inséré de grade II
- Exploration fonctionnelle fœtale satisfaisante ce jour

Professeur Taoufik CHRAÏBI
Gynécologie-Obstétrique
199, Bd. Bir Anzarane, Casablanca
Tél : 0522 98 01 12 / 07 00 14 01 48
ICE: 00117 - 92000017 - INP : 091043001

199, Bd. Bir Anzarane, Rés. El Walida - 1 er étage - Appt n°5 - Casablanca - Tél. : 05 22 98 01 12
WhatsApp : 0700 140 148 - En cas d'urgence : Clinique les Papillons : 05 22 98 20 21 - 06 67 37 85 85
0700 140 148 - شارع بتر أنزاران - إقامة الوالدة - الطابق الأول - الشقة 5 - الهاتف : 05 - واتساب : 05 22 98 01 12

mindray

Pr. CHRAIBI Tarek

17/09/2010

12:02:07

AP 100%

MI 0.5 TIC 0.2

CHOALI FZ GA(LMP)25w1d

3/CSA 0823

OB Meas

✓ RPD

✓ HC Ellipse

✓ AC Ellipse

✓ FL Ellipse

early OB >>

Advance OB >>

Fetal Heart >>

M



BRT :+ 1 CNT :+ 1 GMA :4