

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.

Optaire :

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

Reclamation : 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

Nº P19- 0043059

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

11165 Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5357 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FILALI RAFIK Rachid

Date de naissance : 28/12/158

Adresse : Rue 93 N°22 Famille Elan Gaike

Casa

Tél. : 06.66.73.32.78 Total des frais engagés : 5.021.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Frère Soeur Parent Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-043059

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5357	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FILALI RAFIK RACHID			
Date de naissance : 28/12/58			
Adresse : Rue 93 N° 22 Famille Française			
Tél. : 0666733278	Total des frais engagés : 500,00 DH		

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Dr. Fatna MOUSSALI Gynécologue Obstétricien 11,Rue Ghali Ahmed El Seheli Tél:0522.27.80.09/0622.27.68.11
Date de consultation : 29/11/2019
Nom et prénom du malade : M.RANI ALAOUI
Lien de parenté : 1ère femme
Nature de la maladie : Affection gynéco
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : malaise
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at/le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA** Le : **29/11/19**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
29/11/19 Cr			200,00	DR. J. P. GOURAUD Jeudi 28/11/19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

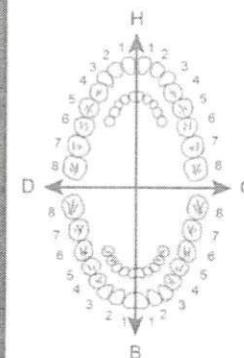
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. J. P. GOURAUD 29/11/19	29/11/19	K20	300,00
		Echographie	Trente cent
			00

AUXILIAIRES MEDICAUX

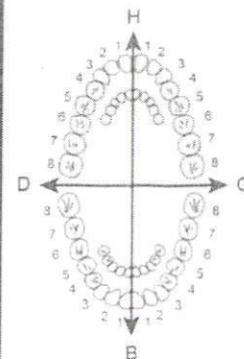
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

Docteur MOUSSALLI Fatna

Gynécologue Obstétricien

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand

Sénologie - Stérilité - Echographie
Chirurgie Gynécologique

11, Rue Ghali Ahmed (Ex. Berthelot)
CASABLANCA

Tél. : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

الدكتورة مصطفى فاطنة

أخصائية في أمراض النساء والولادة

العمق التشخيص بالصدى أمراض الثدي
جراحة النساء

خريجة كلية الطب بклиيرمون فيرون
زنقة غالى أحمد (بيرطولو سابقا)
الدار البيضاء

05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11 : الهاتف

Casablanca, le

eguna/19

Filleter

Fatna

consultation = 200 ₣
Deux cent ₣

30% Echogynéco = 300 ₣
trois cent ₣

Tot = (200 + 300) = 500 ₣
cent ₣

En Cas d'urgences Contactez la Clinique les IRIS

13, place du Nid d'IRIS (RACINE) - Tél : 05 22 39 25 30 / 05 22 39 25 32 - Fax : 05 22 39 25 33

INPE : 091114504 - IF : 41406822 - ICE. : 001744120000029

Docteur MOUSSALLI Fatna

Gynécologue Obstétricien

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand
Sénologie - Stérilité - Echographie
Chirurgie Gynécologique
11, Rue Ghali Ahmed (Ex. Berthelot)
CASABLANCA
Tél. : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

الدكتورة مصلى فاطمة

أخصائية في أمراض النساء والولادة

العم التسخیص بالصدی أمراض الثدي

جراحة النساء

خريجة كلية الطب بكليرمون فيرون

زنقة غالى احمد (بيرطولو سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

Casablanca, le

29/11/19

N° Filleli F.Z

Echographie gynéco

utérus : taille normale, structure
normale - trou à jet en fibre
douce de 1,11 cm. L'endomé
trone est peu visible - les cornes
sont régulières.

L'endomètre est peu épaissi
comme en cervicotomie physio-
logique

En Cas d'urgences Contactez la Clinique les IRIS

13, place du Nid d'IRIS (RACINE) - Tél : 05 22 39 25 30 / 05 22 39 25 32 - Fax : 05 22 39 25 33

INPE : 091114504 - IF : 41406822 - ICE. : 001744120000029