

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educational :

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0034658

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42 12

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAHAL LAHIA HACHA MUSTAHA 1

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TISSIR 2 BERRICHIO

Tél : 06 33 79 38 55

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nouridine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
0523 31 14 18 CSN 0661 182 702

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KAHALLA HIA MUSTAHA

Age : 1354

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ 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 : DEROUA

Le : 17 / 12 / 2019

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
12/11/13		CS	G	<p>Dr. Nouridine MALLOUK</p> <p>Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif du Foie et de l'Anus</p> <p>Fix 9523.32 14 19 - GSM 0661 182 70</p>

Dr. MOURAINE WAZZ
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Fix 0523.32 14 19 - GSM 0661 182 702

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire SCHEHERAZAD Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 - Casablanca Téléphone : 34206518 - L.F.: 41807041 C.S.S.: 2294015 - I.C.E.: 001502419000087	13/11/19	P550	600DH

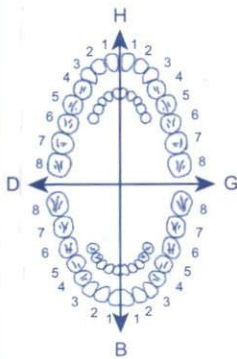
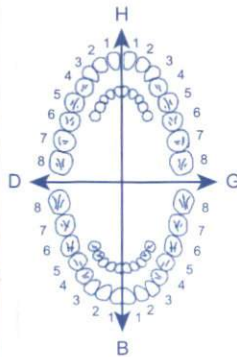
LABORATOIRE SCHEHERAZAD
 20140 - Casablanca
 Téléphone : 34206518 - F. : 41807041
 Fax : 2294015 - ICE : 001502419000087

[illegible]

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 d

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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



مختبر شهرزاد LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 05 22.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - الدار البيضاء - 5 الطابق الزركطوني شارع 4,

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

159C8W7
ifp

Dr. MALLOUK NOURDINE
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Avenue Abderrahmane Serghini
Imm Rawiya Apt 10 Mohammedia
INTE 091089605

Date du prélèvement : 21/11/19

Référence N° :

Médecin prescripteur : N° Tél :

Nom du patient : KAHN LAHIA Prénom : Mounir

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Pièce Opératoire ☐ Extemporane ☐

Siège, organe ou tissu :

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

fièvre

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol :

Dr. MALLOUK NOURDINE
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Avenue Abderrahmane Serghini
Imm Rawiya Apt 10 Mohammedia
INTE 091089605

Signature & Cachet

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5^{ème} Etage
20410 - Casablanca
Patente : 34206518 - I.F.: 41807041
CNSS : 2294015 - ICF : 001502419000087



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 13/11/2019

Facture N° 328051

N° D'ANA-PATH 1S9C2W7

NOM PRENOM KAHALLAHIA

MUSTAPHA

ADRESSE PAR :

ORGANE ANUS.

COTATION B 550

COTATION K:

TOTAL DH : 600

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Boulevard Zerktouni - Casablanca

20148 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F.: 41807041

CNSS : 2294019 - ICE : 007302419000087

Cachet et signature :

X.-----