

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.

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° W21-730475

132440

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 003434		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ATIFI Dachid			
Date de naissance : 01/01/1952			
Adresse : Bébel Acharkiya		Boueloumane	
Tél. : 066.131.11.70		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 14/10/2019	
Nom et prénom du malade : El Atifi	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Hypertension	
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	N° W21-730475
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 :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/22	Visite de Chirurgie	1	20000	DR. EL EDGHIR Hassan GSM: 06 62 45 54 54
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
PHARMACIE PALMER Boulevard, Angle Bd Z. Zidane et Abdelloumen, Imm B. n°4 Bouzareagh - Tel. 023320885	05/10/22	314,70		
ANALYSES - RADIographies				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	



Rabat, le 04/10/22

Docteur

M. EL ATIFI RACHID

faire suivre :
Audiodiogramme \oplus Impédancemétrie

RC : Hypoglycémie

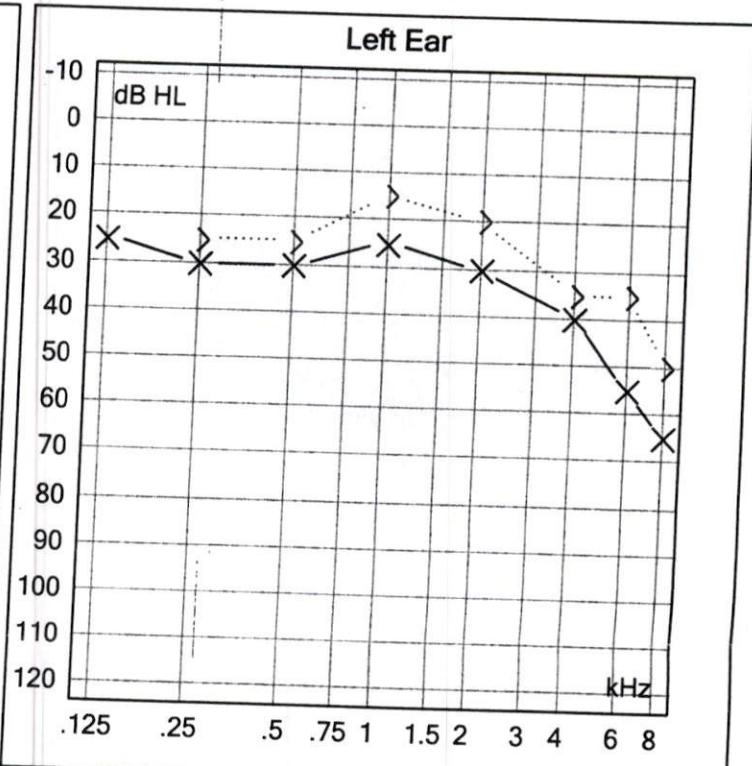
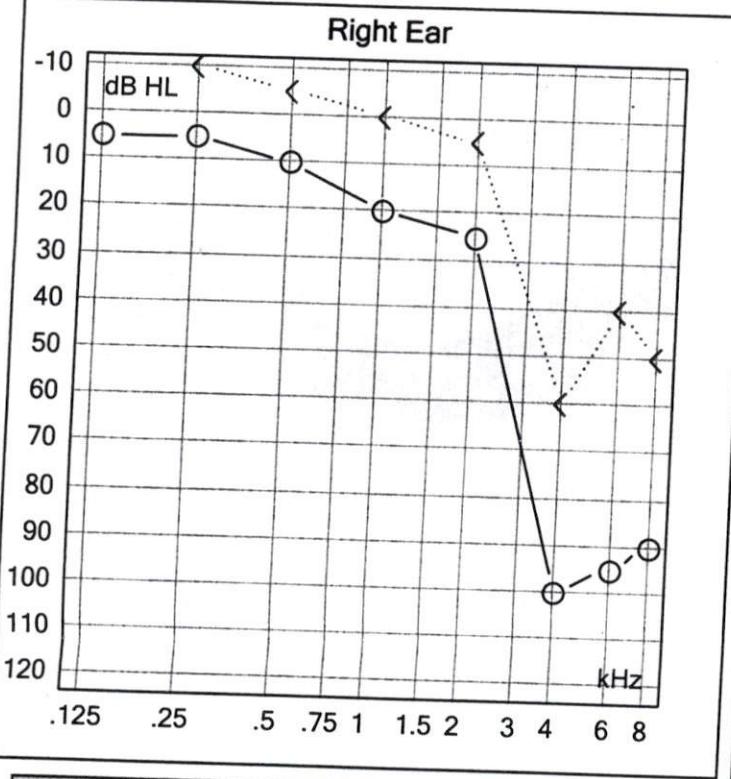
Dr. EL EDGHIRI Hassan
Pr. d'ORL et de Chirurgie
Cervico-Faciale à l'Hôpital Cheikh Zaid
GSM: 06 62 13 54 54
INP: 101108660



Date création 04/10/2022 17:32
N° personnel IPP 1621511
Prénom RACHID
Nom EL ATIFI

Date de naissance 01/01/1957

AUDIOGRAMME



QuickSIN Resultats			
Session	Oreille	RSB	RSB (avec app.)

Trans	WR	dB	Mask	%	Aided	List
1						

SRT					
Trans	type	dB	Mask	Aided	List

Fréquence (Hz)	125	250	500	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
Téléphone Droite HL	5	5	10	20		25		100	95	90
Téléphone Gauche...	25	30	30	25		30		40	55	65
CO Droite HL		-10	-5	0		5		60	40	50
CO Gauche HL		25	25	15		20		35	35	50

JD report - no data

Right	Key	Left
O	AC	X
Δ	Masked AC	□
<	Bone	>
[Masked Bone]
M	MCL	M
U	UCL	U
S	Speaker	S
B	AC Binaural	B
	No Response	→

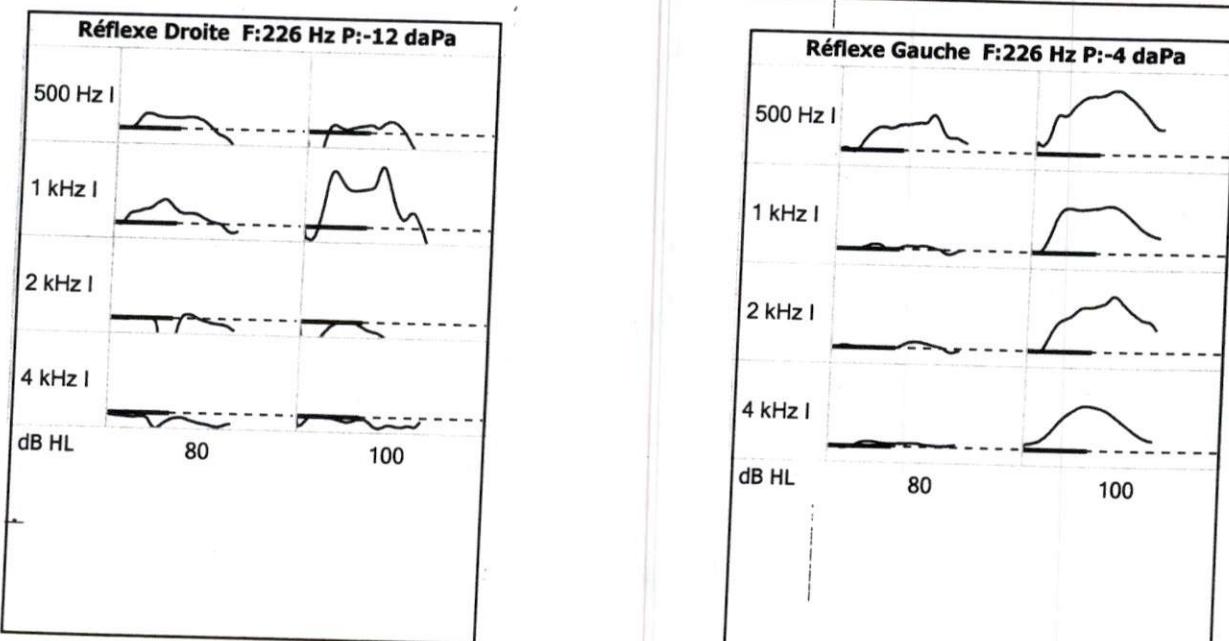
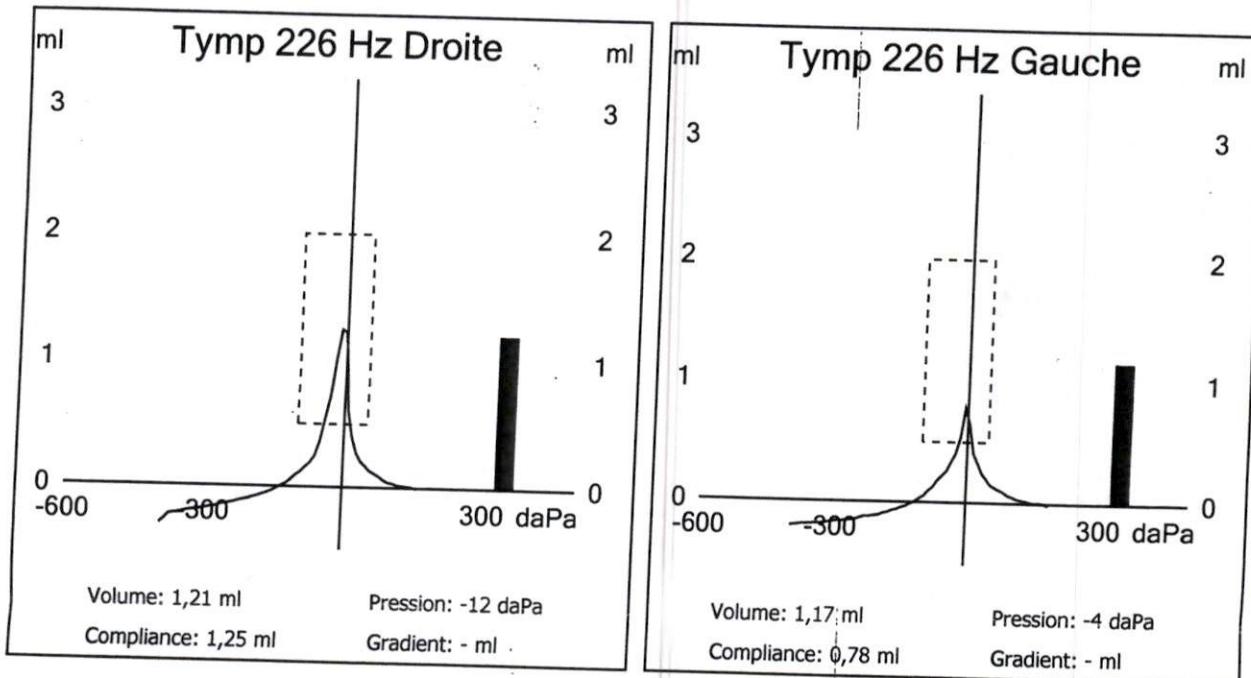
Dr. EL EDGHI MIRI Hassan
Pr. d'ORL et de Chirurgie
Urologie à l'Hôpital de
CSM: 06 62 13 34
INP: 01 10 86 67



Date création 04/10/2022 17:32
 N personnel IPP 1621511
 Prénom RACHID
 Nom EL ATIFI

Date de naissance... 01/01/1957
 Sexe Homme

IMPEDANCEMETRIE





Rabat, le 05/10/22

Docteur

ED Atifi Rachid

71,30 x

S.V

71,30

1) Tanakan

2 g x 3/j ptt 1 mois

134,80

71,30

2) Nootropyl S.V

2 g x 3/j ptt 1 mois

71,30

348,70

LOT	220746
EXP	03/2026
PPV	134.80

PHARMACIE PALMIER
 G-Res Palmier, Angle Bd Zerktouni
 et Abdelmoumen, Immeuble "B", N°4
 Sidi Mohammed - Tel: 0523329895

Dr. EL EDGHIFI Hassan
 Pr. d'ORL et de chirurgie
 Cervico-Faciale à l'Hôpital Cheikh Zaid
 GSM: 06 62 23 24 54
 INP: 102108660

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service d'Admission / Facturation

IPP : 1621 511 N° de dossier : **Quittance N° A223663619**

Patient : EL ATIFI RACHID

Montant : 450,00 Dh (quatre cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 5948

Date d'encaissement : 04/10/2022

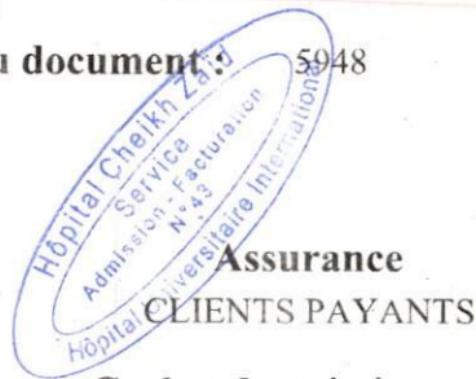
Description : AUDIO+IMPED

Medecin : E0370 EL EDGHIRI HASSAN

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la Caisse Centrale 2

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.



Cachet du caissier :

N° 2022820

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation
Consultation le: 04/10/2022

IPP : 1621 511 N° de dossier: Quittance N° C223663562

2 694 712

DI : 3971 280

Patient : EL ATIFI RACHID

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 5948

Date d'encaissement : 04/10/2022

Description :

Medecin : C0370 EL EDGHIRI HASSAN

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la Caisse Centrale 2

Le remboursement sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Delai du résultat Test COVID 19 : 24h à 48h



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2022812