

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6.12	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	175591
Nom & Prénom :		KARKAR Brahim	
Date de naissance :		01/01/1947	
Adresse :		N°80 Lot Maftana Sidi Maamouf CASA	
Tél. :		064 627 00 07	Total des frais engagés : 956,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. KHALID IQUAD CHIRURGIEN UROLOGUE 46, Bd. Idriss Lahrizi Tel. 05 22 27 22 41 / 05 22 27 22 40 00		
Date de consultation :	21/09/2023	Age :	76 ans
Nom et prénom du malade :	Mr KARKAR BRAHIM	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Prostate		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> ALC	Pathologie : 18 SEP. 2023
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 : CASA

Le : 18/09/2023

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
21.07.2013			600	<i>Dr. ABDID TOUADI CHIRURGIEN DENTISTE 46, Bd. Idouss Lahrizi Tél: 05.22.27.22.41 / 05.22.27.19.30</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HAY BOUCHRA 44, Lotissement Boudega Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 05.22.27.22.41</i>	21.07.2013	356,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Dr. Nizarine BOUDEGGA 44, Lotissement Bouehra Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 05.22.27.22.58

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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



Dak. TOUABI
Clinique AL Massira

21 / 07.1 2023

G. R. MR KARKAR BRAHIM

163.10

· consultation CP S.V 27m.

163,20

· 1 CP le m
1 CP S.V 27m.

35630

1 CP 15

Médecin Spécialiste

(1)

CLINIQUE AL MASSIRA

N°4 Casablanca

Tel. 05 22 39 40 41

Lotissement Casablanca

SIIDI MARRAKCHI

BP 32 Casablanca

Maroc

Dr. KARIM TOUABI

CHIRURGIEN PLASTIQUE

40, rue de la République

BP 32 Casablanca

Maroc

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd d'Anfa) - Casablanca
Tel.: 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Email: direction@clalmassira.ma

DUSTA® 0,5 mg

Ne pas dépasser la dose prescrite
Tasse à (1) cuillère à soupe

Tableau A (1) cuillère à soupe

Chaque capsule contient :
Dutasteride 0,5 mg
Excipient à effet noirâtre : Lécithine
Voir la notice pour plus d'information.

دوستا
دوستيريد
دوستا
دوستيريد
دوستا
دوستيريد

Tableau A (1) cuillère à soupe
2,1 cuillères à soupe Héb Soualem, Maroc
Fabricé par Laboratoires LEON d'AMM S.A.
Pilipinas Industrial Nasugbu, CLA Vina, Inc.
in Zalame Villegarcia, Lein, ESPAGNE

PPV : 163 Dhs 20

Date d'EXP : 08/2024

N° de LOT : LF278588

Date d'EXP : 08/2024

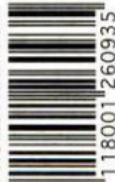
N° de LOT : LF278588

DUSTA® 0,5 mg



Dutasteride
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



61118001260935

0,5 مغ

عن طريق الفم

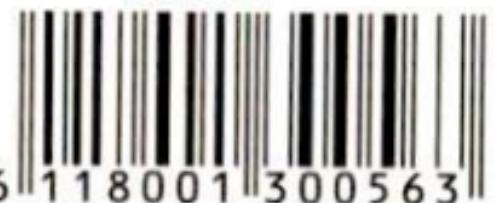
30 كبسولة لينة



كونتيفلاو
كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

60 كبسولة
ذات تحرير معتمد
عن طريق الفم

0.4 ملغم

GTIN: 18901296110192

Lot: DFD3460B

EXP.: 07/2024

S.N.: 6MZZ7FCNCXF



SAMSUNG CLINIQUE AL MAS...

TlS 0.25 MI 0.95 21-07-2023

10:23:43

Terromètre* CA2 RAD 17 cm 5.0M [2D] Gén Grd4 PD112 Mf7 PB094

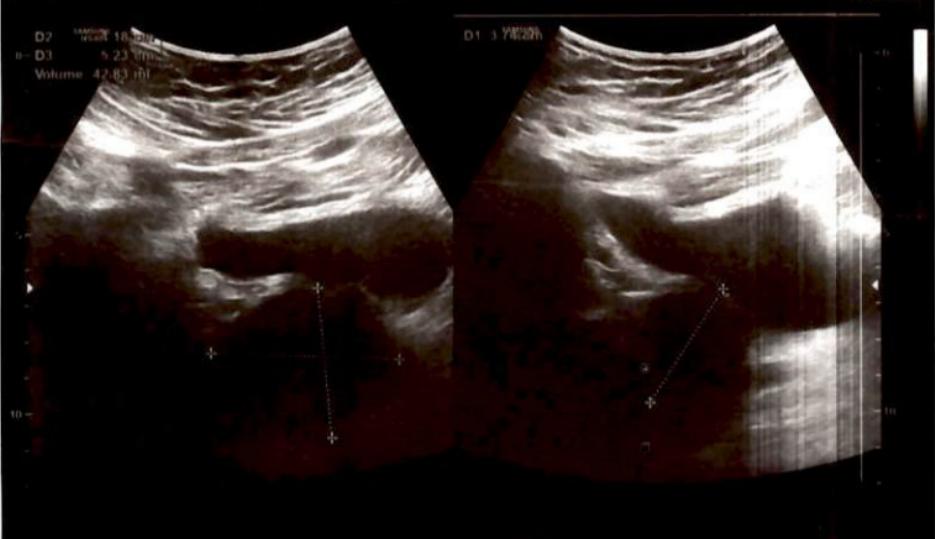


SAMSUNG CLINIQUE AL MAS...

TlS 0.25 MI 0.95 21-07-2023

10:21:43

Terromètre* CA2 RAD 17 cm 5.0M [2D] Gén Grd56 PD112 Mf7 PB096



SAMSUNG CLINIQUE AL MAS...

TlS 0.25 MI 0.95 21-07-2023

10:20:35

Terromètre* CA2 RAD 17 cm 5.0M [2D] Gén Grd49 PD112 Mf7 PB096





~~MR~~ KARKAR
BRAHIM

21.107.1 23

Echographie Veno-protostatue

① Vesicle urinaire à 8mm
N°2 prot.

② Protostat de structure hépatique
digerons et omyxale de volonté

③ R2D : minime.

④ Aerocollisse

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI - Casablanca
Tél. : 05 22 39 40 41
Fax : 05 22 39 14 15

Dr. KHALID TOUABI
OGUE

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca
Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Email: direction@clalmassira.ma

CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. TOUABI

N° : 2307211057561420 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230721105719NA-001	KARKAR BRAHIM	21/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : NAIMA

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Mokri - Casablanca
Tel: 05 22 39 40 41 - Fax: 05 22 39 14 13