

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 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

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 : 10127 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FERNI HOUADA

Date de naissance :

26.1.76

Adresse :

13, Rue MKAÏSIS, Résidence Jomâne
Racine Casablanca

Tél. : 06 172 83 97

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/11/2023

Nom et prénom du malade :

FERNI HOUADA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gynécosophie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

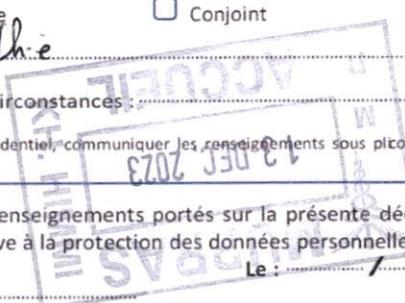
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
15.11.13	C.		600,00	INP 201328066

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HASSOUN ISMAÏL HASSOUN 15, Avenue de l'Indépendance Tél: 0770 333431	15.11.23	273,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE, 02/05/2010	16/11/93	Dr. Abdellatif El Khatib Dr. Dousou - El Khatib	4.000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

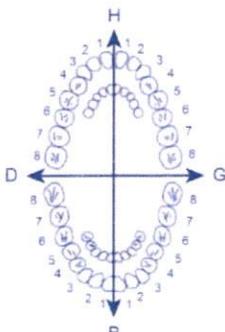
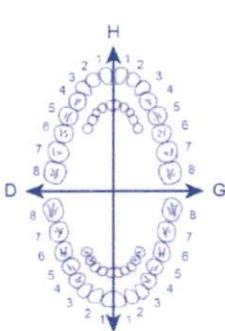
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
35533411	11433553													
B														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 211482
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

à la Faculté de Médecine de Rabat

Gynécologie - Obstétrique



أغزادي

37100

ساء و التوليد

X 362

Rabat, le 15 novembre 2023

بottle of 20 comprimés
500mg/2mg
دواء 20 قرصاً
مليون 500
بريس

Mme FERNI Houda

63.90

1/ BIPROFINED



1 cp par jour pendant 15 jours

99.00

2/ OEDES 20 MG BOITE 28 GELULE



1 gel/ jour

34.00 X3
3/ DUOXOL



1 comprimé 3 fois par jour si douleurs

LOT BI-PROFENID LP 100MG
PER.03 CP SEC B20
02/2025 P.P.V:63DH90
6 118000 061908

PHARMACIE OULED
HASSOUN
15 Km, Route de Fès - Marrakech
Tél: 07 70 33 34 31

Pr. BENSAID Fatine
Professeur en Gynécologie Obstétrique
70, Rue Oum Rabii Apt 6, Agdal - Rabat
Tel/Fax: 05 37 67 20 21-Gsm: 06 16 11 17
INPE: 201028066

70، زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الريحان، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دونالد) - أڭاڭال - الرباط
الهاتف: 021 - 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - المحمول: 05 37 67 20 21 - المايل: fatine.bensaid@yahoo.com
70, angle rues Oum Rabii et Oukaïmeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat
Tél.: 05 37.67.20.21 - fax : 05 37.67.20.21 - GSM : 06 16.11.77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com

CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO

Rés koutoubia B 4 Av Mohammed VI - Marrakech
Tél. 05 24 43 42 42/ Fax 05 24 43 58 85

021076534



F A C T U R E

N° 5 269 / 2023 du 16/11/2023

Nom patient	FERNI HOUDA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	16/11/2023	16/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
TDM ABDOMINO-PELVIENNE C+	1,00		1 800,00	1 800,00
TDM DORSO-LOMBAIRE	1,00		2 200,00	2 200,00
			Sous-Total	4 000,00
Total				4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE DIRHAMS	Total général	4 000,00

	Espèces	Chèque		Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00	3 700,00		4 000,00	0,00

Ref Chq : MFC N° 4758353/

Pr. Toufiq ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hôpitaux de France
ancien Radiologue des Hôpitaux des FAR
RES, KOUTOUBIA 4, 8 AV MOHAMMED VI, MARRAKECH
Tél : 05 24 434 242 / Fax 05 24 435 885
(1)

Dr Fatine BENSAID
ép. AGHZADI
ancien professeur
à la faculté de Médecine de Rabat
Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي
أستاذة سابقة
 بكلية الطب بالرباط
 اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Rabat, le **15 novembre 2023** في الرباط

MME FERNI HOUDA

1/ TDM DORSO LAMBAIRE
-47 ans
-rachialgie

2/ TDM ~~THORACE~~ ABDOMEN PLEVI ENNE

Pr. Toufiq ZIOUA
CENTRE DE RADILOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hôpitaux de France
ancien Radiologue des Hôpitaux des FAR
RES. KOURJAJA 11, 13 AV. MOHAMMED VI, MARRAKECH
(1) Tel: 05 24 434 42 / Fax: 05 24 435 885

Pr. BENSAID Fatine ép. AGHZADI
Professeur en Gynécologie Obstétrique
70, Rue Oum Rabib Apt 6, Agdal - Rabat
Tel/Fax: 05 37.67.20.21 - GSM: 06 61.16.11.77
INPE: 101018065

70. زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الريبي، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دونالد) - أكدال - الرباط
الهاتف: 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - المحمول: 05 37 67 20 21 - المايل: fatine.bensaid@yahoo.com
Tél.: 05 37.67.20.21 - fax : 05 37.67.20.21 - GSM : 06 61.16.11.77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com