

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



Declaration de Maladie

N° W19-423015

Mg
CR

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10127 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FERNI Houde
 Date de naissance : 28.11.76
 Adresse : 13, Rue MKAISSI, Résidence Zmaane
 Tél. : 06 132 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 HOUDE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gynécologie
 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) :

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
15.11.23	C.		273,90	INP: 201528066

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULED HASSOUN 15 Rue de la Fés - Marrakech Tél: 07 70 33 34 31	15.11.23	273,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie et d'Imagerie 15 Rue de la Fés - Marrakech Tél: 05 24 434 242 Fax: 05 24 434 588 INPE: 021076531	16/11/23	TDH Akda - RL.V. TDH Dasso - RL.V.	4000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553																			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																																									
	25533412	21433552																																										
	00000000	00000000																																										
	D																																											
	00000000	00000000																																										
	35533411	11433553																																										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																									
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																									
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 211482
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

أغزادي

ط 3700

سواء والتوليد x3ced

à la Faculté de Médecine de Rabat
Gynécologie - Obstétrique



Rabat, le 15 novembre 2023 في الرباط،

Mme FERNI Houda

63.90
1/ BIPROFINED

1 cp par jour pendant 15 jours

99.00
2/ OEDES 20 MG BOITE 28 GELULE

37.00 x3
1 gel/ jour

3/ DUOXOL

1 comprimé 3 fois par jour si douleurs

BI-PROFENID LP 100MG
CP SEC 820
P.P.V : 63DH90
LOT : 23E002
PER: 03/2025
6 118000 061908

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

Pr. BENSaid Fatine AGHZADI
Professeur en Gynécologie Obstétrique
70, Rue Oum Rabii Apt 6, Agdal - Rabat
Tél/Fax: 05 37 67 20 21 - GSM: 06 61 16 11 77
INPE: 701028066

70, زاوية زنقة أوكيمدن و زنقة أم الربيع، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دونالد) - أكدال - الرباط
الهاتف: 05 37 67 20 21 - الفاكس: 05 37 67 20 21 - المصموم: 06 61 16 11 77 - 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 61.16.11.77 - 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 16/11/2023	Sortie 16/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	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

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

Encaissements	Espèces 300,00	Chèque 3 700,00	Total encaissé 4 000,00	Solde 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 B 4 AV MOHAMMED VI - MARRAKECH
Tél : 05 24 434 242 / Fax : 05 24 435 885
(1)

Dr Fatine BENSAID

ep. AGHZADI

ancien professeur

à la faculté de Médecine de Rabat

Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي

أستاذة سابقة

بكلية الطب بالرباط

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

الرباط، في 15 novembre 2023، le

MME FERNI HOUDA

1/ TDM DORSO LAMBAIRE
-47 ans
-rachialgie

2/ TDM ~~THORAC~~ ABDOMINO PELVIENNE

Pr. Toufik ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hopitaux de France
ancien Radiologue des Hopitaux des FAR
RES. KOUROUM 11, Bd. MOHAMMED VI - MARRAKECH
Tel : 05 24 434 142 / Fax 05 24 435 885
(1)

Pr. BENSaid Fatine ep AGHZADI
Professeur en Gynécologie Obstétrique
70, Rue Oum Rabia Apt. n°6, 1er étage. agdal - Rabat
tel/fax: 05 37 67 20 21 - GSM: 06 61 16 11 77
INPE: 101028055

70. زاوية زنقة أوكيمدن وزنقة أم الربيع، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دونالد) - أكدال - الرباط
الهاتف : 05 37 67 20 21 - الفاكس : 05 37 67 20 21 - المحمول : 06 61 16 11 77 - المايل : fatine.bensaid@yahoo.com
70, angle rues Oum Rabia et Oukaïmeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat
Tél.: 05 37.67.20.21 - fax : 05 37.67.20.21 - GSM : 06 61.16.11.77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com