

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-829773

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>KAM</i>	
Matricule : <i>5920</i>	Nom & Prénom : <i>HABIBA HAMED</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <i>23/03/1954</i>			
Adresse : <i>anhabiba@hotmail.com</i>			
Tél. : <i>061588840</i>		Total des frais engagés : <i>487,56 Dhs</i>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <i>22/04/2026</i>	
Nom et prénom du malade : <i>Habiba Mohamed</i>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Don de sang</i>	
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 :	
Signature de l'adhérent(e) :	

ACCUEIL
26 AVR 2024
MUPRAS

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
12/10/2011	C		300.00	INP : 0910371371 0910371371

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DE BOURGOGNE Société de Distributeur BERRADA - Casablanca 341 Bd. Zertkouni - Casablanca Tél. : 05 22 27 27 27	22/10/2011	20,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Oum Rabiaa Généralab M BENAZZOUZ	26/10/2011	6/160	187,51
Res. Abouab Oum Rabiaa El Oulfa Tel: 05 22 93 10 66/61 - Fax: 05 22 03 10 61			
Patente : 05051078 - IF: 51485800			
ICE: 001084109000068-INPE: 097163668			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

[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

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biogiste

Téléphone :05 22 93 10 60/0522905937/ Fax :05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 26/04/2024

Facture N° 260424-030 du 26/04/2024

MUPRAS

Dr : MOUJTAHID Mohamed

N°Bon de soin Mle

Patient :Mr HALIOUA MOHAMED

Analyses	Valeur en B	Montant
VITESSE DE SEDIMENTATION	30	33,00
CRP: PROTEINE-C REACTIVE	100	110,00
ACIDE URIQUE	30	33,00
Total B	160	176,00
APB	1,0	11,51
Total		187,51

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt-sept dirhams 51 centimes***

*Laboratoire Génélab
Oum Rabiaâ
M BENAZZOUZ*
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
Tél: 05 22 93 10 66/61-Fax: 05 22 93 10 61
Patente : 35051078 - IF: 51485800
ICE: 001084109000068-INPE: 097163968

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main
et nerfs périphériques, pathologie de sport

الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء



جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والأعصاب

الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le : 22/01/2024

T HALIOUA MOHAMED

V S

CRP

A. Ultime

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"

260424-030



HALIOUA MOHAMED
D.N : 10/23/1954

Laboratoire Génelab
Oum Rabii
M. BENAZZOUI
Oum Rabiaa El Oulata - Casablanca
Rab. Abouab 93 10 8861 - Tel: 05 22 93 10 8861-Fax: 05 22 93 10 8861
Tél: 05 22 93 10 8861 - IF: 51 485800
Patente : 35051078 - INPE: 0971633-563
ICPE: 001084109000068

Professeur MOUJTAHID Med
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie de Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nervs
Périphériques
Casablanca - GSM: 061 77 00 81

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main
et nerfs périphériques, pathologie de sport



الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والأعصاب

الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le :

22/04/2024

MR HALIOUA MOHAMED

20,60

• Cedol

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant les douleurs



Professeur MOUJTAHID MED
Traumatologue - Orthopédie
Chirurgie de Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nerfs
Néurochirurgie
Casablanca - 0522981610 061770081

برادستور زركتون
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 73 44

20,60

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081