

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

- Reclamation : 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angic Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-499176

14256

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6445 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIN Nour

Date de naissance : 17/10/65

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

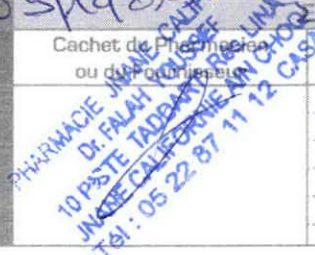
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

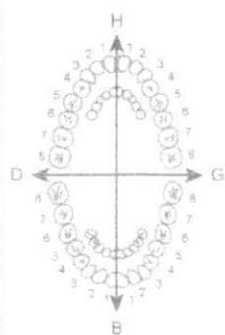
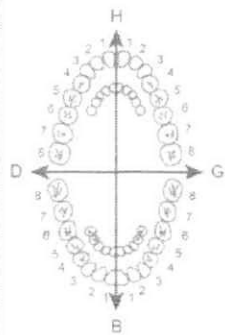
Signature de l'adhérent(e) :

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
5/12/15			250	 
10/12/15			815	
05/12/15				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacia ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/15	228,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/12/15	126 Absorbé	500,00

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 : 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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachida KERROUM

**Spécialiste en endocrinologie
diabétologie, Maladies métaboliques,**

(Diabète, Goitre, Hypertension artérielle,
Cholesthérol, Troubles de la croissance,
Pathologie surrénale et hypophyse)

casablanca , le 09/12/2019 البيضاء في

Dr. Newstark

Dr. Newstark

الدكترة رشيدة كروم

عدد

ضحية

ضغط الدموي

(النخامية)

50 ml e 89

ACL 976 767.7
CM 172329.1

CE
0669



RHINOLAYA PROTECT
Spray Nasal 50ml

LOT

Ul av :
Juin / 2021 PPC : 89,90 DH
Lot : 81665 MEDIPRO
PHARMA

PPV : 138,30 DH
LOT : 608398
PER : 09/20

- Levosthox 50 mg

(S.P)

89,90

- Rhinolaya spray 15 : 138,30

- Augment 500 : 22 cf. 15

228,20

PHARMACIE JINANE CALFORNIE
Dr. Rachida KERROUM
10 PETITE JADIDART Rés LINA
JINANE CALFORNIE AIN CHOU
Tél : 05 22 87 11 12 CASA

Dr. Rachida KERROUM
Spécialiste en endocrinologie
diabétologie, Maladies métaboliques,
Avenue Abou Bakr El Kadiri Rés Ahfad, Imm E, N° 2 - Sidi Maârouf,
Ouled Haddou, Casablanca - Tél.: 05 22 78 05 89 / 07 07 71 53 14

شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد عمارة E رقم 2 سيدي معروف، أولاد حدو - الدار البيضاء
Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Imm E, N° 2 - Sidi Maârouf.
Ouled Haddou, Casablanca - Tél.: 05 22 78 05 89 / 07 07 71 53 14

Dr. Rachida KERROUM

**Spécialiste en endocrinologie
diabétologie, Maladies métaboliques,**

(Diabète, Goitre, Hypertension artérielle,
Cholestérol, Troubles de la croissance,
Pathologie surrénale et hypophyse)

الدكتورة رشيدة كروم

**أخصائية في أمراض الغدد
والسكري والأمراض الأيضية
(مرض السكري، الغدة الدرقية، الضغط الدموي،
كوليسترول إختلالات النمو، الغدة النخامية)**

casablanca , le: 05/12/2019 في الدار البيضاء

Dr. Rachida Kerroum
Mohamed

Nodule Hypoéchoïque

Echographie abdominale
+ pelvis

Dr. Rachida KERROUM
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies métaboliques
Avenue Abou Bakr El Kadiri Rés. Ahfad
Imm. E, N° 2 - Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 78 05 89 - G.S.M: 05 96 07 03 09

Dr. Rachida Kerroum
Tél: 05 22 78 05 89 - G.S.M: 05 96 07 03 09

شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد عمارة E رقم 2 سيدي معروف، أولاد حدو - الدار البيضاء
Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Imm E, N° 2 - Sidi Maârouf.
Ouled Haddou, Casablanca - Tél.: 05 22 78 05 89 / 07 07 71 53 14

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 10/12/2019

FACTURE N° 2151/2019

NOM & PRENOM : MOUSTAKIM MOHAMED

EXAMEN	MONTANT
ECHO ABDOMINO - PELVIENNE	cinq cents (500 DH)
TOTAL	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de cinq cents (500 DH) DHTTC



EL MOUSTAKBAL
Tel : 05 22 58 10 16

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
ختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 10/12/2019.....

PATIENT : MOUSTAKIM MOHAMED
MEDECIN TRAITANT : DR RACHIDA KERROUM
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHO ABDOMINO - PELVIENNE

Compte Rendu d'Examen

Foie homogène de taille normale d'échostructure homogène et de contours réguliers.
VB libre à paroi fine
Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.
Tronc perméable de calibre normal
Le pancréas et la rate sont d'aspect normal
Les deux reins sont par ailleurs bien différenciés de taille normale
Absence d'épanchement péritonéal
Absence d'adénopathie profonde
Absence de masse pelvienne

Prostate de volume normal 25 g homogène
La vessie est d'aspect normal

Conclusion :
Echographie abdomino-pelvienne sans anomalie

Merci de votre confiance.