

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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 049007
N° D. 34836

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA
CASA

Tél. : 06 77 06 60 53 Total des frais engagés : 550,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : WASMIH Med Age :

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

Nature de la maladie : 205.10.10.2020

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 : 30 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/6/2020	7. L. ⑤ echo		500.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdel Docteur en Pharmacie 222 Bd Oued Molouya-El Oulfa Casablanca-Tel: 0522 90 51 13 ICE: 001573273000053	20/04/2020	50.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

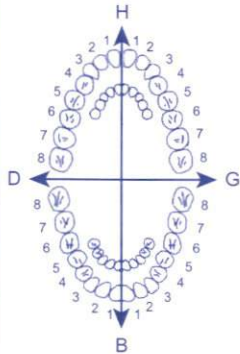
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<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 00000000</td> <td>G 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 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B			
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	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

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotription extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية

والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, le

LE 30/06/2020

NOM ET PRENOM : WASMIH MED

ECHOGRAPHIE VESICO-PROSTATIQUE

Vessie : transonore de bonne capacité à paroi normale.

Absence de signes de luttés.

Prostate : de structure hétérogène, elle est bien limitée et

Régulière, légèrement augmentée de volume.

Son poids et estimée à 32 gr.

Un contrôle de PSA est souhaitable.

11. زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Roche) - casablanca

البريد الإلكتروني : E-mail: urotk@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 27 19 30 / 05 22 27 22 41

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotription extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية

والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, le 30/06/2020

NOM ET PRENOM : WASMIH MED

FACTURE

CONSULTATION : 250 DHS

ECHOGRAPHIE : 250 DHS

TOTAL : 500 DHS

Dr. Khalid TOUABI
Urologie
11, Rue Prince My Abdellah
05 22 27 22 41 / 05 22 27 19 30

11. زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Roche) - Casablanca

البريد الإلكتروني : E-mail: urotk@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 27 19 30 / 05 22 27 22 41

PHARMACIE DE LA WILAYA

FACTURE N°: 17/20

Client : WASMIH MOHAMED

Adresse :

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 20/07/2020

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
20/07/2020	CO	CODOLIPRANE B : 16 CPS	22,20	1	22,20
20/07/2020	SI	VOGALENE 0.1% SIROP F : 150 ML	28,10	1	28,10
Total					50,30
Remise					0,00
Net					50,30

Dont TVA	3,29
----------	------

Arrêtée la facture à la somme de :
Cinquante Dirhams, Trente ctms

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulouya-Et Oulfa
Casablanca Tél: 0522 905113
ICE: 001573273000063

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

PPV:22DH20
PER:11/20
LOT:H2551



