

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

- 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 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° W19-558225

ND-36798

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8726	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>El Allal Ben Abdellah Youssef</i>			
Date de naissance : <i>01/08/1966</i>			
Adresse : <i>16 Rue Guisse El Fadate</i>			
Tél. : <i>06 6133 07 99</i> Total des frais engagés : <i>829,80</i> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>El Allal Ben Abdellah Youssef</i>			
Date de consultation : <i>20/08/2020</i>			
Nom et prénom du malade : <i>El Allal Ben Abdellah Youssef</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Onze d'asthme sévère</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 loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *El Allal Ben Abdellah* Le : *24/08/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *El Allal Ben Abdellah*

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
29 JUIL 2020		103	Gratuit	<p>INB 09/07/2020 SADDOUK HASSAN PÉdiatre Angie Bd. Sidi El Guedd Rés. El Maadid 1001 1 N° 1 Tunis 10000 0022 0029</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DES DALIAS r.s. BOUSFIHA BOUHLIA 192, BIS Bd. Panoramique 1000 - Tél: 0522 527 560	29/03/2023	629,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Radiologie Ksibar 10, Rue de la Marquise, 1000 Casablanca Tel: 0522 20 25 26 E-mail: Radiologieksibar@wanadoo.fr	08/08/20	Zaff	\$ 200,- DCF

AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature Médecin	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 canalaire, 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"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <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'exécution <input type="text"/>												
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553															
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															

Docteur Latifa SADOUQ

Maladies des Enfants et des Nourrissons
Diplôme d'Allergologie, Asthme de l'Enfant

الدكتورة لطيفة صدوق
اختصاصية في أمراض الطفل
و الرضيع

Ordonnance

Casablanca, le

29/07/2020

FILALI AOUAL Ghita

Age : 13 ans 3 mois

79,70 DH

AZIX CP 500 N° 2

1 cp / j, (pendant 5 jours)

58,40

SOLUPRED COMPRIMÉS 20

2 cp / j, le matin, ap rep, pendant 5 jours

206,00

FLOWAIR CP 5 MG

1 cp le soir (pendant 3 mois)

629,80

PPV: 79DH70
PER: 03/23
LOT: J947

PPV: 79DH70
PER: 03/23
LOT: J947

58,40

Solupred® 20mg

PPV: 206,00 DH

PPV: 206,00 DH

صيدلية داليا
PHARMACIE DES DÁLIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHILAL
492, Bis Bd. Panoramique
Montpellier - Tél: 0522 527 568

Dr. SADOUQ Latifa Et. Bd. 2 Mars
Pédiatre - 1er étage App. N° 4
Angle Bd 2 Mars Et Bd Qods 1er Etage App. N° 4 - Tél : 05 22 52 75 43
Rés. 05 22 52 75 43
Fax: 05 22 52 75 43

Docteur Latifa SADOUQ

الدكتورة لطيفة صدوق

Maladies des Enfants et des Nouveaux-nés
Diplôme d'Allergologie, Asthme de l'Enfant

اختصاصية في أمراض الطفل
و الرضيع

Ordonnance

Casablanca, le 15 Juillet 2020

FILALI ASUAL. Ghita

Orige d'asthme sévère sur
un asthme difficile à contrôler

Rue Hassan II

Radiologie KAYER
Place Marché aux Fleurs Résidence Soltan 2
Angle Rue Mohamed Fidouzi Bd. Zerktouni
Casablanca - Tél : 0522 20 25 26
ICE : 001712379000041

Dr. SADOUQ Latifa BOUZIDINE
Pédiatre
Angle Bd. 2 Mars Et Bd Qods
Res. El Majeed - 1er Etage N° 4
Casablanca Tél. 0522 52 75 43

Radiologie Ksiyer

Docteur Mohamed KSIYER

Radiologue

Ex. Professeur de Radiologie
à la Faculté de médecine - Casablanca



الفحص بالأشعة قصیر

الدكتور محمد قصیر

امتاز الفحص بالأشعة
محاضن مابقا بكلية الطب
الدار البيضاء

• Imagerie
Adultes et Enfants,

• Scanner
corps entier,

• Radiologie
numérique

• Echographie

• Echo Doppler

• Ostéodensitométrie

• Panoramique
dentaire

• Mammographie

• Imagerie
de la Femme

• IRM
sur Rendez-vous

Casablanca le 03 / 08 / 2020

Facture n°0002 / 08 / 2020

Noms et prénoms : GHITA FILALI AOUAL

Nature d'examen : Rx THORAX F (Z 18)

Montant : 200 DH Deux Cents Dirhams

Mode de règlement : espèce



Cachet et signature

Radiologie KSIYER
Place Marché aux Fleurs, Résidence Soirem 2, Rez de chaussée, Angle Rue Mohamed Fidouzi,
Bd M. Zerkouni, Quartier des Hôpitaux. Casablanca - Tél. : 05 22 20 25 26 - e-mail : radiologieksiyer@yahoo.fr
I.F. 420 02651 - Patente : 36304502 - CNSS : 7264857 - ICE : 001712379000041

Radiologie Ksiyer

Docteur Mohamed Ksiyer

Radiologue

Ex. Professeur de Radiologie
à la Faculté de médecine - Casablanca



090006701



لفحص بالأشعة قصيري

الدكتور محمد قصيري

أستاذ الفحص بالأشعة
محاضر سابق بكلية الطب
الدار البيضاء

- Imagerie
Adultes et Enfants,

Casablanca le 03 AOUT 2020

- Scanner
corps entier,

Nom prénom du patient : ENFT. GHITA FILALI AOUAL 13A
Nom du Médecin traitant : Dr. L. SADOUQ

- Radiologie
numérique

Radiographie Thorax de face

Syndrome bronchique du lobe inférieur gauche
Transparence pulmonaire normale par ailleurs .
Attraction du cœur à gauche
Aspect convexe de l'arc moyen du cœur
A confronter à l'examen cardio-vasculaire

- Echographie

Confraternellement
Professeur Mohamed KSIYER

- Ostéodensitométrie


Dr. M. KSIYER
Radiologue

- Panoramique
dentaire

- Mammographie

- Imagerie
de la Femme

- IRM
sur Rendez-vous