

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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



4236h

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020878

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : RAHHAL Abdelkader Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 069813518 Total des frais engagés : 393,30 + 3,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : KHATE Fatima Age : 58ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : maladie chronique
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, j'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Mohamadia

Signature de l'adhérent(e) : Akel

Le : 08/10/2020

04 OCT 2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/20	393,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO Bou Nassine BOUTALEB BIOLOGISTE Rue de Fes - Mohammedia Tél : 05 23 32 34 60/Fax : 05 23 32 64 18	24/09/20	3u x 12u r p u f a b	63,00

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 :

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

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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
			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

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

Si
 n M'Sik

المركز الإستشفائي الإقليمي ابن مسيك
 Casablanca, le :

ORDONNANCE

Nom : KHIAATE FATIMA
 Prénom : EP RAHIALI



25,00
 Digoxine

LOT : 20E013
 PER.: 12 2023
 LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V : 34DH60

LOT : 20E013
 PER.: 12 2023
 LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V : 34DH60

PHARMACIE DE L'...
 56,57 = MOHAN
 Tél : (03) 31...

37,00
 ATENOR

34,60
 Casirax

122,10
 Tria tec

20,00
 Sinden

393,30
 3 - 0,1

37,00

122,10

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :

PPV : 20,00
 Exp :
 N° Lot :



Casablanca, le : 26/06/2017

ORDONNANCE

Nom : KHATE FATIME

Prénom : EP RACHID

Sous son

TY - INK

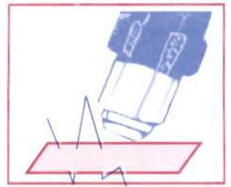
LABO *De Massine*
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60 Fax : 05 23 32 34 61

Cachet et Signature

د. عبد الواحد بوتaleb
Dr. A. BOUTALEB
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Marseille
C.E.S de Biochimie Clinique
C.E.S d'Immunologie Sérologie
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

Facture n° 48744

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 28/08/2020

Analyses effectuées le: 28/08/2020

Pour.....: **Mme RAHHALI FATIMA**

Sur prescription du: Dr NOURE TAOUFIK

Code.....: IGC4395



EXAMENS EFFECTUES :

TP

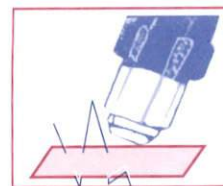
Cotation : (B 40)

Montant Net : 63.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE TROIS Dhs 00 Cts

LABO Ibn Yassine
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fès - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



1GC4395

Prélèvement du : 28/08/2020

Référence : 50828127

28/08/2020

Mme RAHHALI FATIMA

Médecin: Dr. NOURE TAOUFIK

EXAMENS DE SANG HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine (Temps de quick, TP) (Technique chronométrique-Stago)			
Temoin.....:	12.5	sec	12.5 (02/07/20)
Patient.....:	46.2	sec	37 (02/07/20)
TP.....:	<12	%	
INR.....:	5.4		4.1 (02/07/20)
(International Normalized Ratio)			

Valeurs de référence de l'INR:

- 0.8 à 1.2: Normale sans traitement AVK
- 2.0 à 3.0: Phlébite-Embolie pulmonaire-Fibrillation auriculaire
- 3.0 à 4.5: Risque élevé de thrombose-Prévention due aux valves cardiaques

LABO Ibn Yassine
 Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
 Rue de Fes - Mohammedia
 Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01

Le 29.06.2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	
Certifie que Mlle, Mme, M :	KHAME FATHI
	EP RAHMANI
Présente	Fathima A. H. Rahmani
Nécessitant un traitement d'une durée de:	AVIC
	trois mois
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit):	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

PHARMACIE DE L'Hôpital
Quartier Nicolas Rue La Fontaine
N. 56, 57 = MOHAMMEDI
41. (03) 31-51-66