

## 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

- Réclamation : 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° W19-442613

ND. 48074

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11879

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RESSASRA ASSIA

Date de naissance :

26.10.1977

Adresse :

Rue Sidi Abdellah Ben Kadi Résidence Lmia

Aprs Kérifia

0661821019

Tél. : 0661821019

Total des frais engagés : 865,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

20

Date de consultation :

10.10.2020

Nom et prénom du malade :

RESSASRA ASSIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Docteur MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements dans un 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 : Casablanca

Le : 20 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

20/10/2020

### 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
20.10.2020 Echo			500,00	INP : OMICISI

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE AMORAS</del> Mme FARAJ S. EP. TBER 30, Rue Hassan Ben Tahar TEL: 05 37 37 64 47 - Kenitra	20/10/20	369,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

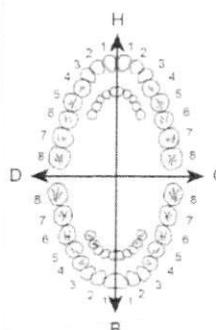
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

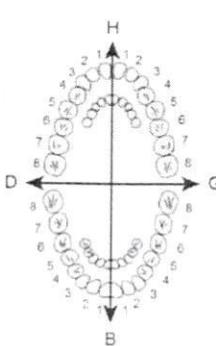
#### Important :

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 :
				INP : <input type="text"/>



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

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"/>
---------------------	----------------------

*Dr Omar Mekouar*

CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN  
*Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Paris  
et de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)*

2020-01-10-Omni-DBTechnician-Chungten DBTechnician 022-25568349 022-2550.98

129.00 x 3

الدكتور عمرو مكوار  
جراح اختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
أستاذ مساعد سابق بجامعة مستشفى باريس  
وكلية الطب بسان أنطوان باريس ٦٧

Mr. Bellairs  
DSIA

# Biomaterial

---

## Report x 3mjs

✓ 369, 6 ✓  
Guthaben Gummeeboldein 02-23.55.83-Fax: 022-25.50.96  
Other METALOUR  
Guthaben Gummeeboldein 02-23.55.83-Fax: 022-25.50.96

زاوية زنقة سومية و شارع عبد المؤمن إقامة شهزاد 3 الدار البيضاء

Angle rue Soumaya et Boulevard Abdelmoumen Résidence Shehzadé 3 Casablanca

Tél. : (05 22) 23.55.83 / (05 22) 99.61.48 - Fax : (05 22) 25.50.98

gsm : (06 61) 34.54.65 - e-mail : Omekouar5@gmail.com

# BIOMARTIAL

A base de Fer

UPOFER®  
microencapsulé

Absorption maximale  
Fer micronisé et micro-encapsulé



30 Gélules

Fabriqué et distribué par :

**HEALTH INNOVATION**

10 rue Racine Vallaoui, Maârif, Casablanca

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

ONSSA N: CAPV.59.217.19

Enregistré au ministère de la santé

sous le N° DA2020200231DMP / 20UCA / V1

6 111261 530015

LOT: 2008004  
FAB: 08/2020  
EXP: 08/2023  
PVC: 123,00DH

INNOVATION

# BIOMARTIAL

A base de Fer

UPOFER®  
microencapsulé

Absorption maximale  
Fer micronisé et micro-encapsulé



30 Gélules

Fabriqué et distribué par :

**HEALTH INNOVATION**

10 rue Racine Vallaoui, Maârif, Casablanca

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

ONSSA N: CAPV.59.217.19

Enregistré au ministère de la santé

sous le N° DA2020200231DMP / 20UCA / V1

6



LOT: 2008004  
FAB: 08/2020  
EXP: 08/2023  
PVC: 123,00DH

INNOVATION

# BIOMARTIAL

A base de Fer

UPOFER®  
microencapsulées

Absorption maximale  
Fer micronisé et micro-encapsulé



30 Gélules

Fabriqué et distribué par :

**HEALTH INNOVATION**

10 rue Racine Vallaoui, Maârif, Casablanca

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

ONSSA N: CAPV.59.217.19

Enregistré au ministère de la santé

sous le N° DA2020200231DMP / 20UCA / V1

6 111261 530015

LOT: 2008004  
FAB: 08/2020  
EXP: 08/2023  
PVC: 123,00DH

INNOVATION

**Patient**

N°  
Nom  
D. naissance  
Sexe

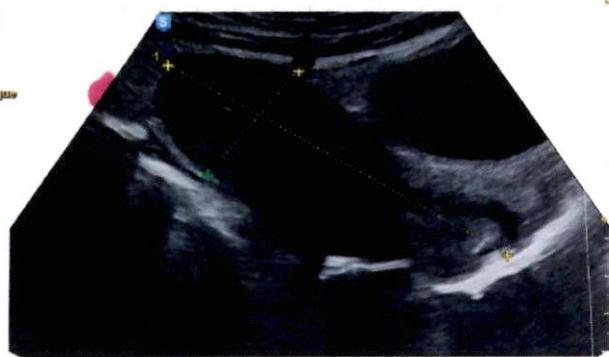
20102020164550  
BESSASRA, ASSIA

**Exam**

N° d'accès  
Dte exam.  
Description  
Opérateur

20-10-2020

SAMSUNG BESSASRA, ASSIA DR MEKOUE OMAR MI 1.4 20-10-2020  
20102020164550 Tls 0.3 16:47:29



1 D 10.36 cm  
2 D 3.68 cm

SAMSUNG BESSASRA, ASSIA DR MEKOUE OMAR MI 1.4 20-10-2020  
20102020164550 Tls 0.3 16:47:39



1 Ep. endo 0.75 cm  
2 Utérus Longueur XXX cm

SAMSUNG BESSASRA, ASSIA DR MEKOUE OMAR MI 1.4 20-10-2020  
20102020164550 Tls 0.3 16:47:51



1 D Ovaire Longueur 2.91 cm  
2 D Ovaire Largeur XXX cm

SAMSUNG BESSASRA, ASSIA DR MEKOUE OMAR MI 1.4 20-10-2020  
20102020164550 Tls 0.3 16:48:00



1 G Ovaire Longueur 3.32 cm  
2 G Ovaire Largeur XXX cm

**CABINET D'EXPLORATION URO-GYNECOLOGIQUE**

**CHIRURGIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN Dr O.MEKOUAR.**

Casablanca le : 20/10/2020.

**FACTURE**

**Mme : BSSASRA ASSIA**

**MOTIF : DOULEUR PELVIENNE.**

**Consultation : 200DH**

**Echographie : 300 DH**

**Total : 500 DH**

Signé : O.MEKOUAR.

**ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD ABDELMOUMEN,**  
**RESIDENCE SHEHRAZADE 3. CASABLANCA.**  
**TEL : 0522.23.55.83 /0522.99.61.48 /FAX : 05.22.25.50.98**  
**GSM : 0661.34.54.65.**