

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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.

Prothésaire :

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 43 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0039167

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 488 Société : RAN 48223

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom LANZOU Abdelhak

Date de naissance : 1-1-1945

Adresse : Dar Fayrouz Avenue D. Toubate

Tél. 06 133904

Total des frais engagés : 1804,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LANZOU Raimon Age: 67

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca Le : 15/11/20

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
12/11/2020		12	6	

Dr Kelto
Spécialiste en Odontologie
et Oculodentaire
Tél 05 22 94 44 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
12/11/2020	304,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/11/2020	12	1500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

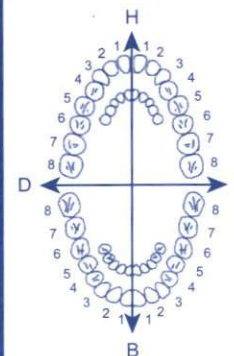
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

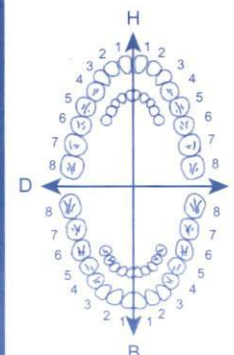
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

12/11/28

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

caim MADGtin. RAIM

1) panto pra 2l 40
7500 2g S.V

2) 2y PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

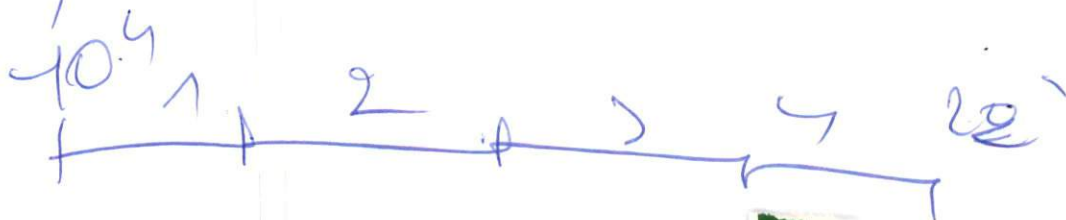
49.80 1f x 2, ou (Flagyl 100)
37.10 S.V

3) 37.10 Pandys 8p
142.20 1c ap x 1, 2g S.V

4) Forlas (preparation)
105 S.V

chp sach 1 → 1 lbg S.V

4 lots la valle de l'Examen



moye Isolate



Pure

Danon

Nov 11m 06u

LOT : 20E028
PER: 05 2025

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80



Dr Kellouh MAZOUZ
Spécialiste en Gastroentérologie
et Oncologie Digestive
Tél : 05 49 99 47 30

maphar

Zi Zénata Ain Sefti Casablanca Maroc

FORTTRANS SAC B4

P.P.V : 142,20 DH



6118001181209

OT : P25626
D : 11/2022

LOT : 20E009
PER: 05 2022

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUJ F200ML

P.P.V : 37DH10



Zaim MADOHIN
MAIMA

Somme thorax

ASTHME

NAUSEE

Jeune
diabète

Polyclinique Atlas
 7, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
 Tél: 05 22 27 40 45
 1000000000

Dr. Maâzouz Keltoum
 Spécialiste en Gastroentérologie
 et oncologie digestive
 134, Bd. Bir Anzoul - Rue Ahmed Eljoumari
 1^{er} étage - App. N°3 - Maarif
 Tél: 05 22 99 47 30 - 1000000000

F A C T U R E

N° : **5828 / 2020** du **12/11/2020**

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme ZAIM WADGHIRI NAIMA EP LAHLOU	Payant	12/11/20	12/11/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
T.D.M THORACIQUE	Z	1,00	1 125,00	1 125,00
			Sous/Total	1 125,00
Total clinique				1 125,00

DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)	TDM	1,00	375,00	375,00
			Sous/Total	375,00
Total autres prestations				375,00

Arrêtée à la somme de : MILLE CINQ CENTS DIRHAMS				TOTAL GENERAL	1 500,00
Encaissé espèce:	Encaissé chèque	Total	Solde		
	1 500,00	1 500,00			

Signature

Mme ZAIM WADGHIRI NAIMA

Le 12/11/2020

TDM THORACIQUE :

Technique : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

Résultats :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable
- Absence de foyer évolutif décelable
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte
- Malposition cardio-tubérositaire

Conclusion

- Malposition cardio-tubérositaire
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

Confraternellement

DR. RADOVANE KHADJIA
RADIOLOGUE

Polyclinique Atlas
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 94 94
RADIOLOGIE

Le : 12/11/2020 12:07

Références 5828 / Payant

N° 57895

Entrée / Sortie : 12/11/2020 - 12/11/2020

Le Docteur **RADOUANE KHADIJA**présente à **Mme ZAIM WADGHIRI NAIMA EP LAHLOU**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

375,00 Dhs (TROIS CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. RADOUANE Khadija
RADIOLOGUE

Polyclinique Atlas
2, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tel : 33 22 27 40 43
RADIOLOGIE

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 12/11/2020 Heure 12:03

Nom et Prénom du patient MmeZAIM WADGHIRI NAIMA EP LAHL Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté .

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 12/11/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature