

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 jointe à la feuille de soins.

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



ND: 49.694

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013053

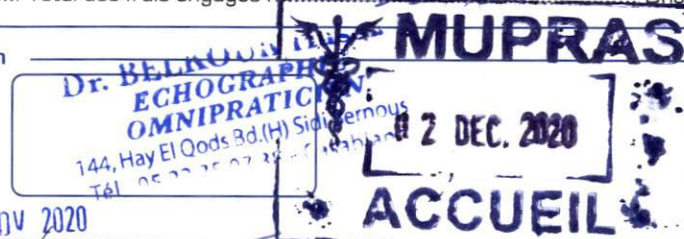
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 507 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUJILE MOUSTAFA Date de naissance : 10.11.1944
Adresse : 441 AL QODS Résid. EL FATR IMM. E. N° 6 CAS
Tél. : 0633 17 15 45 Total des frais engagés : 384,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 NOV 2020
Nom et prénom du malade : TOUJILE MOUSTAFA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 :

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
20 NOV 2020	C		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2020	284,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

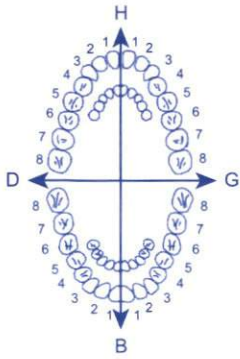
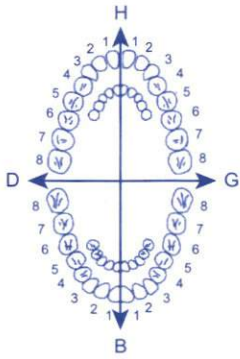
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table><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</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Dr. Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'echographie
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise
Médicale de la F. M. C

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن بلكوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي
ابن رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية
الطب بالبيضاء

دبلوم الخبرة الطبية
كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الهاتف ع : 05 22 75 07 38

Casablanca , le : 20 NOV 2020 البيضاء في

مريض

مستشفى

1/ Vaxigrip 125,30



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 16 µg/0.6
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH



2/ Fluor 107

189,13



مريض

284,60 DH



Dr. BELKOUK Hassan
ECHOGRAPHIE
OMNIPRATICIEN
144, Hay El Qods Bd.(H) Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 75 07 38 - Casablanca

PHARMACIE CHOFRANE
DR. HASSAN BELKOUK
Rue 2 N° 116 bis (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

شارع نابلس الرقم 144 - حي القدس - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

وزارة الصحة
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⵓⵔⵜ
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
ⵜⴰⵎⵓⵔⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵓⵜ
ROYAUME DU MAROC



335, Avenue Mohammed V - Rabat
Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01
<http://www.sante.gov.ma>

Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021

N°carte (N°dans l'ordonnancier) :

.....



Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	Touile Mostafa
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Age	76
CIN	B 428183
Adresse	has Guds Rost le foyr AL mards PK.6 Barmozir
Tel	0673 19 15 45

Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Information sur le vaccin contre la grippe

Date de dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
20/11/2020	Teetire	U2K57	11/21	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAMP) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination	20 NOV 2020