

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



53 156

Déclaration de Maladie : N° P19-0009931

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.

Diologie 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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4471 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEKKHAMAR - J - d Date de naissance : 31/12/1960
 Adresse : 17 EL WATIA NS HIG BERDA
 Tél. : 066/319940 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AIT RAHAL Abdellah
 Anesthésiste Réanimateur
 INPE : 91189101
 Date de consultation : 09/12/2020
 Nom et prénom du malade : BEKKHAMAR J - d
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : J - d
 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) : Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0009931

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
09-12-2020		2	1000 dh	Dr. AIT RAHAL Abdellatif Anesthésiste-Réanimateur INPE : 91188151

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANZAH Lot. Al Manzah Tam 2000 INPE: 062088778 Tel: 05 22 51 51 84	09/12/2020	467,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/12/2020	TOR Thoracique	1500 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <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</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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Date : 09/12/2012

Ordonnance

BEL KHOR 17^{ans}.

79,70 x 3 = 239,10

T = 467,60

1) Azithromicin 500mg ou Aclar 500mg

1 p/j 1 fois

Pi 1/2 p/j 1/12

27,70

2) Cardiaspirine 100mg/30cps

1 p/j

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



PHARMACIE HAY AL MANZAI
Lot. Al Manzah Imm 2 Mag
Tél: 05 22 51 51 84

3) Vit C 1000

1 p/j 1 fois

4) Zinckin

56,30 1 p/j 2 fois 12 mois

5) Dore

1 p/j 1 fois 12 mois

6) Ixamloj

1 p/j 1 fois 12 mois

ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



Pharm. O. F. Z.
P.O. Box 1430, SO.

14450

PPV:56,30 DH

LOT: 20J19D

EXP: 10/2022

Ergo Maroc
SOLUTIONS D'ÉNERGIE



Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

كوليكالستيرول 25 000 وحدة دولية
D3 فيتامين
فيتامين

4 أمولات
ك-كتر

4 أمولات للشرب



AZIX[®]

Azithromycine

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3041

500 mg

Voie orale

3 Comprimés
sécables



b

bottu ^{S.A.}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé



AMM N° 45 DMP/21/NRQ



AZIX[®]

Azithromycine

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3041

500 mg

Voie orale

3 Comprimés
sécables



b

bottu ^{S.A.}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé



AMM N° 45 DMP/21/NRQ



AZIX[®]

Azithromycine

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3041

500 mg

Voie orale

3 Comprimés
sécables



b

bottu ^{S.A.}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé



AMM N° 45 DMP/21/NRQ


Date : 09/12/2011

Ordonnance

B EL KHAMAR. M^e

Far SVT

TDM Pharynx


Dr. AIT RAHAL Abdelhadi
Anesthésiste Réanimateur
N° 01188151

Mr BELKHAMAR MED

19/11/2020

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition hélicoïdale **sans** injection de produit de contraste avec reconstructions.

RESULTATS :

Absence de foyer de condensation pulmonaire.

Absence de plage en verre dépoli.

Nodule calcifié du segment dorsal du LSD.

Épaississement des coiffes pleurales non spécifique.

Quelques bulles d'emphysème paraseptales en apical bilatéral.

Absence de bronchectasie.

Absence d'adénopathie médiastinale.

Absence d'épanchement pleuro-péricardique.

Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION :

Scanner thoracique ne révélant pas d'anomalie évolutive.

Cordialement



**INTERNATIONAL
clinic**

Casablanca le : 09/12/2020

FACTURE N°0227/2020

NOM et PRENOM : BELKHAMAR Mohamed

EXAMEN : TDM THORACIQUE

MONTANT GLOBAL : 1500 DH

LA SOMME EN LETTRE :

MILLE CINQ CENT DIRHAM





INTERNATIONAL clinic

FACTURE

N°: C1260/2020

Patient	Médecin traitant	Date de consultation
M. BOUKHAMAR Mohamed	Dr. AIT RAHAL Abdellatif	09/12/2020
		P.C. N°
	MUF	

LIBELLE	Qté	Prix U.	Montant
CONSULTATION (AIT RAHAL Abdellatif)	1	300,00	300,00
Aspirine (AIT RAHAL Abdellatif)	1	100,00	100,00
	TOTAL HONORAIRES		400,00
Frais de consultation	1	100,00	100,00
	TOTAL CLINIQUE		100,00

500,00 Dhs

Réglés

500,00 Dhs

Restant

0,00 Dhs

Arrière présente facture à la somme

CINQUANTE DIX DOLLARS ET ZERO



INTERNATIONAL clinic
102-103 Boulevard Anoual - Casablanca
Tél: 0522 64 14 00 - Fax: 0522 86 08 76

Dr. AIT RAHAL Abdellatif
Anesthésiste-Fr. Amateur
INPE: 9163151