

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002070

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3248

Société : 53202

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELATI chadia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666339877

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES.DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-401490	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	835,90 + 314 + 795	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-401490

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3249
Nom & Prénom ELATI Chadia		
Fonction : Reformée	Phones : 0668339977	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient ELATI Chadia	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 62 ans	Date 13/11/2020
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Suspicion d'une infection à Covid 19		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
non		
Nature des actes consultation	Nbre de Coefficient 2	Montant détaillé des honoraires 2
PHARMACIE	Date 13/12/20	
Montant de la facture 835,90	314,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 15/11/2020		
Désignation des Coefficients B0	Montant détaillé des Honoraires 725,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		
AM	PC	IM
IV	Montant détaillé des Honoraires	

PHARMACIE ELLOTE
Mme. DE LELLOUN NEAMA
313, Bd. Oujda
Casablanca
Tél: 05 22 22 35 35
Fax: 05 22 22 35 35

092025014

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 12/12/2022

ORDONNANCE

Docteur :

cho dia elaji

PHARMACIE ELLOTF

Mme. BENJELLOUN NASSIA
313, Bd. Oued Tensift, Eloulfa
Casablanca - Tél : 7.91.00.02

- ① Azix 500 mg c.p (2 barts) 1/2 c.p/j pdt 6 jours avec 1 c.p le premier jour
- ② Danc ampoule 25.00 (2 barts) 1 amp chaque semaine
- ③ Poliprane 1g (3 barts) 1 c.p chaque 6 heures
- ④ vitamine C (2 barts) 2 c.p matin et 2 c.p soir avant repas
- ⑤ zinc 2 c.p matin et 2 c.p soir avant repas

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BEVELLOUN ALAMA
313, P.d. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tél: 022910023

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863



PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2864



PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2579

PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1920

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: J221





Hôpital sans Tabac

Fumer Tue

PHARMACIE EL LOUF
Mme. BENJELLOUN NAIMA
313, Bd. Oued Tensift, Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

Casablanca, le: 13/12/22

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

ORDONNANCE

Docteur :

Elaji Chadia

① cardio-Aspirine 100mg
1cp chaque jour (1:0)

② Lovenox 40000 2x1

une inj. / 7
15950 x2

③ Bimetherax 100/100 (4b/h)
18280 x2 (1:0)

④ tar defferon fr 800mg
1cp/h (1:0)

10500 43500

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



PPV:159DH50

PPV:159DH50

182,80

182,80



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oufia
Casablanca - Tél: 020 91 00 27



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN

Date : 13/11/2020

Prénoms et Nom du Malade : M^{me} EL AGJ Chadin

Service : P23 N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<p>ICR covid 19</p> <p>CENTRE DE BIOLOGIE DES HOPITAUX « CBH » 3, Rue du Colonel Gros - Casablanca Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74 Fax: 05 22 20 35 15</p>	

Le Médecin Traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca

Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74

Patente : 36332437

N° ICE : 0017 10887 0000 07

I.F. : 40288423

Fax : 05.22.20.35.15

CNSS : 8036726

Code INPE: 093062362



FACTURE No : 152558

Casablanca, le : 17/12/2020

Analyses effectuées le .. : 15/11/20 à 10h57

Sur prescription du : Dr

Identité Patient : **Mme EL AJI CHADIA**

Code Patient : **315426**

BILAN :

1 COVP RECHERCHE COVID-19 PAR PCR

Dh 700,00

TOTAL B : 0

TOTAL HN : 0

0

MONTANT : 725,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 725,00 DH

Dr. MERJA RENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de biologie des hôpitaux casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 15/11/20 à 10h57

Edité le : 15/11/20 à 16h34

Mme EL AJI CHADIA

Patient 315426 Né(e) le 06/04/1958

Prélevé par le Laboratoire

Page : 1 / 1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DE SARS-CoV2 (COVID-19) PAR AMPLIFICATION GENIQUE

(RT-PCR Eurobio Plex COVID-19 Plus RealAmp Kit)

(Détection de 3 cibles Gène N et deux fragments du Gène RdRp)

Origine du prélèvement Ecouvillon naso-pharyngé

Recherche POSITIVE.

DETECTION DU GENOME DU SARS-CoV2.

REMARQUES

Résultats à interpréter en fonction du contexte clinique et radiologique (TDM +++).

Devant tout signe clinique évocateur d'une infection à SARS-CoV2 avec une PCR négative, il est fortement conseillé de renouveler le prélèvement après 48 heures.

Dr MALIKA BENKIRAN


Dr Malika BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7

P

stationnement
assuré