

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.

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.

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.

Maladie chronique :

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° P19-0026186

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5464 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SABER Ismail
Date de naissance : 1 - 1 - 1958
Adresse : AZLI Suel 992 Nanakech
Tél : 0664841818 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) :

ACCUEIL

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
06/11/19		1	Consult	
06/12/19		1	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUR ET NUIT OURIKA Rue Boumka 10 et 11 Ourika GSM 06 22 28 81 49	06-12-2019	1305,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/12/19	B200 + B300 + Paris	390,00 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 :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B
H		H																						
25533412		21433552																						
00000000		00000000																						
D		G																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
B		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. Iz Arab AMMOR

Chirurgien Urologue

- Diplômé de l'Université de Paris-France
- Ancien Assistant des Hopitaux de Paris
- Ancien Chirurgien de l'Hôpital Militaire Avicenne
- Maladies et Chirurgie des reins-Voies Urinaires
- Maladies de l'appareil génital - Stérilité du couple
- Impuissance Sexuelle - Circoncision

CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE - ECHOGRAPHIE



الدكتور عز العرب محمور

أمراض وجراحة المسالك البولية

- خريج جامعة باريس - فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات باريس
- والمستشفى العسكري ابن سينا
- أمراض وجراحة الكليتين والمسالك البولية
- أمراض الجهاز التناسلي
- العقم وضعف قوة الجماع - خيانة الأطفال
- الجراحة المجهرية - الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech le, 06/12/2019

Mr. SABER ISMAIL

MEIACT 200

1 cp x 2 / JOUR 20 JOURS

224,00 x 2

CONTIFLO OD

1 CP / JOUR X 2 MOIS

109,70

TADALIS 5

un cp un jour sur deux 2 mois

556,00

96,00 x 2

BELMAZOL

2 mois

1 cp / jour

PHARMACIE
JOUR ET NUIT OURIKA
Rue Boumia 10. 11 Ourika
GSM 06 61 28 81 49

Dr AMMOR IZ ARAB
Chirurgien Urologue
Diplômé de l'Université de Paris-France
Chirurgie Endoscopique-Echographie

Marrakech le, 06/11/2019

Mr SABER ISMAIL

PSA
GLYCEMIE A JEUN

Laboratoire NAKHIL
D'ANALYSES MEDICALES
El Mokroub El Mokroub Imr. Nakhil
Marrakech - Tel : 05 44 71 33 024



CONTIFLO[®]

Chlorhydrate de Tamsulosine



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

CONTIFLO[®] 2D



PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



TADALAFIL[®]

5 mg

Tadalafil

28 Comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu^{sa}

82, Allée des Casanvies - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

55,00
PER 00.00
LOT 1 871-2



بلمزول[®]

أوميبرازول

20 ملغ

BELMAZOL[®] 20 mg

28 gélules



28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

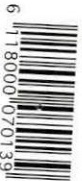
بلمزول[®]

أوميبرازول

20 ملغ

BELMAZOL[®] 20 mg

28 gélules ○



28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

Meiact®

P.P.V. 224.0 MAD

Cefditoren pivoxil
20 Comprimés Pélliculés
Voie Orale

 **tabuk**
pharmaceuticals

Meiact®

P.P.V. 224.0 MAD

Cefditoren pivoxil
20 Comprimés Pélliculés
Voie Orale

 **tabuk**
pharmaceuticals

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

الشراط عبد الكريم
صيدلي بيولوجي

INPE : 077165249

R.C : 36 218 - IF:69100730
I.C.E : 0016 0986 5000 024

Monsieur SABER ISMAIL

6IE2106

PRIVE

Facture N° : 37795

Prescripteur : Docteur AMMOR IZ ARAB

Analyses Effectuées Le 04/12/2019

Prélèvements

Glycémie (à jeun)

b : 30

PSA totale

b : 300

TOTAL_B : b 330

TOTAL DOSSIER : 390 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT QUATRE VINGT DIX DHS

15 dh

Laboratoire Nakhil
Dr. Abdelkrim CHARRAT
Pharmacien Biologiste

Laboratoire Nakhil
Dr. Abdelkrim CHARRAT
Pharmacien Biologiste

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

الشراط عبد الكريم
صيدلي بيولوجي

Prélèvement du : 04/12/2019

Edition du : 04/12/2019



61E2106

Monsieur SABER ISMAIL

Dossier n° : IL41212549

JC49231

Dr. AMMOR IZ ARAB

Page : 04/12/2019

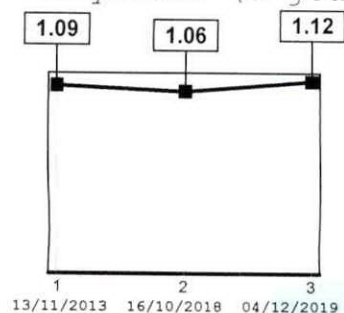
BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédants
----------	-----------	--------	-------------

Glycémie (à jeun) : 1.12 g/l

(0.7-1.1)

1.06 : 16/10/2018



soit..... : 6.22 mmol/l

HORMONOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédants
----------	-----------	--------	-------------

Age du patient : 61ans

PSA totale..... : 0.602 ng/ml

1.293 : 16/10/2018

Tranches d'ages Normales

40 à 49 ans : Inf à 2.0

50 à 59 ans : Inf à 3.5

60 à 69 ans : Inf à 4.5

70 à 79 ans : Inf à 6.5

Résultats contrôlés

Laboratoire Nakhil
Dr. Abdelkarim CHARRAT
Pharmacien Biologiste