

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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- 0044366

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 928 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHADDI MOHAMMED

Date de naissance : 1942

Adresse : 1535 Marina 1 Tanger

Tél. : 06 64 50 15 15 Total des frais engagés : 960,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2020

Nom et prénom du malade : NADIR RKA

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

Nature de la maladie : 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 : Tanger Le : 04/01/2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

04/01/2020	CS	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie de la Santé 170, Av. Hassan I, Témara Tél: 0537 60 52 10 Fax: 0537 60 77 18	06/01/2020	250,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

DR. SALIM HASSAN 170, Av. Hassan I, Témara Tél: 0537 60 52 10 Fax: 0537 60 77 18	06/01/2020	800,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

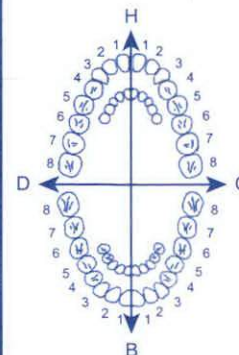
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

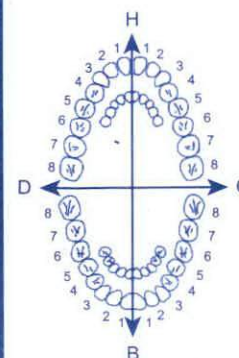
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	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



Témara, le : 06/01/2020

M^{me} NADIR RKIA

90,50 x 2

1) Ery

2 cp x 21 j polt 10 j

21 30,00 Nordal 40

1 cp x 31 j polt 27 j

3) Fucib 100

صيدلية بAHIA

170, Avenue Hassan I, Témara
Mas
Tél: 0537 60 52 10
Fax: 0537 60 52 10

250,00

Dr. Soumia Ait Laayache
Médecin en Gynécologie-Obstétrique
Nkhila, Lot 25, Imm C Apt 1
Avenue Hassan I, Témara
06 76 48 23 48 / GSM 05 37 58 15 71



Témara, le : 24/01/2020

M^{me} RKBA NADIR

M2mmoppye + echoppye
m2mm au

- RC :
- May, ménopausée
 - Mère Gb P6 4 EV.
 - Diabète - HSA - H+cholestérol
 - CS / Hb.
 - Depress (n Anti depress)
 - Bg d'asso familiale de
 - RC du x
 - (leser kndopri
 - Sur Dr. inflammatoire au cc
 - ptd ulcère mmmmm

Dr. Soumia AIT LAAYACHE
12, Rue de Tunis - Rabat
Tél: 05 37 72 29 50 / 60
Fax: 05 37 20 76 33
GSM: 06 61 14 91 05

Dr. Soumia AIT LAAYACHE
12, Rue de Tunis - Rabat
Tél: 05 37 72 29 50 / 60
Fax: 05 37 20 76 33
GSM: 06 61 14 91 05

S^d de masse = 10 cm x 10 cm.

- R. Gaudin : 24/5

- Aing axilla : lubr.

Cordial et.

Dr Soumia AIT LAAYACHE
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
Rés. Akhila, Lot 25, Imm C Appt
Av Hassan I, Témara
Tél. 05 37 50 15 71 / 96 75 23 48



الفحص بالأشعة صومعة حسان

RADIOLOGIE TOUR HASSAN RABAT

IRM HAUT CHAMP - SCANNER 160 COUPES - COROSCANNER - COLONOSCANNER - MAMMOGRAPHIE
OSTÉODENSITOMÉTRIE - ÉCHOGRAPHIE - ÉCHO-DOPPLER COULEUR - DENTASCAN - PANORAMIQUE NUMÉRIQUE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

د. محمد الزبدي
Dr M. ZEBDI
Spécialiste en Radiologie
CHU Nancy

د. عبد الرزاق بنشقررون
Dr A. BENCHEKROUN
Spécialiste en Radiologie
CHU Bordeaux

د. حسن الدرقاوي
Dr H. DARKAOUI
Spécialiste en Radiologie
CHU Ibn Sina - Rabat

Rabat le : 06/01/2020

FACTURE

FACTURE N° : 52/2020

NOM-PRENOM : NADIR RKIA

ORGANISME :

EXAMEN REALISE

MAMMO+ECH MAMMAIRE 800,00

TOTAL: 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAM(S)

Type de paiement : ESPECES

CNSS N° 1794389
PATENTE N°25124530
COMPTE N° 022810000050000521236723/SGMB
I.FISCALE 3301936
ICE 001554261000063

RADIOLOGIE TOUR HASSAN
12, Rue de Tunis - Rabat
Tél: 05 37 72 29 50 / 05 37 72 29 60
Fax: 05 37 72 29 33
GSM: 06 61 14 91 05

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

Fucidine® 2% crème
Acide fusidique

Tube d

2% كريس

أنبوب من 15 غ



39,70

Fucidine® 2%

crème

Tube de 15 g

30,00



Dol[®]fe

40

الجرم الملائم للمرض
CTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Table

ne l'AMM : sanofi-aventis Maroc
abat R.P. BP2611 - Ain Sebaâ 20
- Maroc
: Maphar
te côtière 111, Quartier industrie
n Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc



O-DOL FEN 400 MG
P PELL B30

Ery 500

Erythromycine propionate
20 comprimés PHOMOPHARM s.a.



6 118000 240334

20 comprimé

circ

LOT 19004
PER 09/22
PV 9006H50

90,50



Ery 500

Erythromycine propionate
20 comprimés PHOMOPHARM s.a.



6 118000 240334

voir date

LOT 19004
PER 09/22
PV 9006H50

90,50

