

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 Bioologie :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-467904

VD = 17875

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MEHDI 2311

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENI EL BACHIR

Date de naissance : 12.03.49

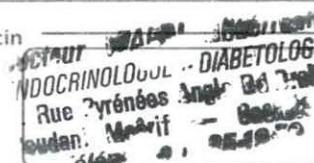
Adresse :

Rue de Palmer RAM Route
el Jadida N° 400- Bat B 12

Tél. : 06.61.31.09.93

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 2011 / 2012

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Diabète sucre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

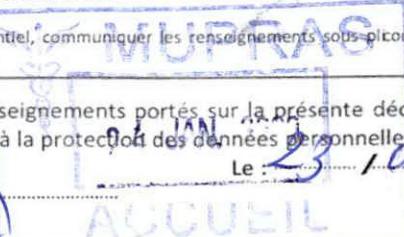
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 23/10/12

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
22/11/13		5	250 DA	INP : 129188224
				<i>MEDECIN ENDOCRINOLOGISTE RUE VÉRONES 10 VILLEURBANNE 0470 25 10 00</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Fina Docrteur El HADJ JABRIDA 400, Route de CASABLANCA 92 98 86 97 Fax: 022 98 21 78 SAS	22/11/19	191,40

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Identité et signature du Laboratoire et du Référant	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Tot: 2298.96	17/12/13	(210+77+3)	464014

AUXILIAIRES MEDICAUX

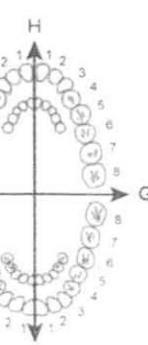
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
G	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Paris

الدكتور وافدي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريس

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

أمراض الغدد - مرض السكر - الملع

الكوليستيرول - السمنة

Diabète - Cholestérol - Hypertension

Obésité - Thyroïde

Casablanca, le 22/11/19 الدار البيضاء، في

22 Novembre 2019

6 x 17,10

Metformin 500 mg
x 24

5

for 24.
- Rx

28,80

Nitrofurantoin 50 mg
x 24.



60,00 Voltaren emulg 100 mg
x 24.



2، زنقة عبد الله راجع (بريني سابقا) - زاوية شارع ابراهيم الروانى - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.25.19.70
2, Rue Abdallah RAJAI (Ex. Pyrénées) - Angle Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél. : 05 22.25.19.70

L T F 0000000000000000
PER 05 0000000000000000

17,10



L T F 0000000000000000
PER 05 0000000000000000

17,10



L T F 0000000000000000
PER 05 0000000000000000

17,10

L T F 0000000000000000
PER 05 0000000000000000

17,10

L T F 0000000000000000
PER 05 0000000000000000

17,10



Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريز

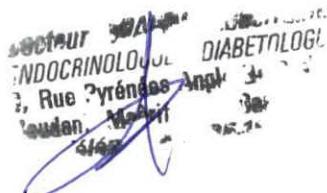
أمراض الغدد - مرض السكر - الملع

الكوليستيرونول - السمنة

Casablanca, le ١٢/١٢/٢٠١٩ الدار البيضاء، في

A Venir Dr Beldi

Orthographe régionale Dr Beldi





Ma vignette

PHARMACIE MIMOSAS

400 route d'el jadida

DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C :347956

Patente:36000366

T.V.A :

C.N.S.S:6974051

Tél :0522 98 86 97

Le 26/11/2019

FACTURE N°199344

N° ICE : 000500137000059

N° IF : 51500320

MR MENNI EL BACHIR

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SUPRADYN BOOST X 10 CPS EFF	59,00	59,00	9,83	20,00
1	DOLIPRANE 1000 CPS SIMPLES	14,00	14,00	0,92	7,00

Achat medicament

TOTAL T.T.C :

73,00

*Pharmacie MIMOSAS
Hind LAHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76*

Nbr Articles	TVA 7% Base :	14,00	Montant	0,92	TVA 20% Base :	59,00	Montant	9,83
--------------	---------------	-------	---------	------	----------------	-------	---------	------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-treize Dirhams.*

**Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAQUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU**

M U P R A S

Nº Admission : 19019212 Nº Facture : 19018878 Date facturati- 17/12/2019

Nom et prénom du patient : **Mr MENNI EL BACHIR**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX GENOU F/P	1.00	464.00	464.00
		Sous-Total	464.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent soixante quatre dirhams

Total : 464.00DH

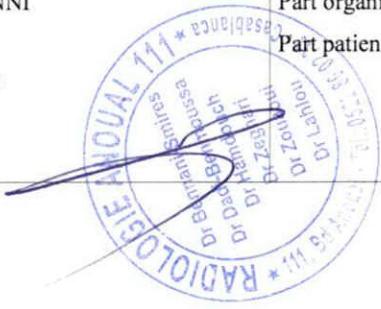
Adhérent : MENNIE

Mle : ;

Part organisme : 0.00 DH

PC N° : 0000

Part patient 464.00 DH



Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 17 Décembre 2019

MR. MENNI EL BACHIR

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX EN POSITION DEBOUT DE FACES SCHUSS ET PROFIL :

- Absence d'anomalie notable de la statique sur le cliché de face effectué en charge.
- Interlignes fémoro-tibiaux de largeur conservée.
- Absence d'anomalie notable au niveau des plateaux tibiaux ainsi que des condyles fémoraux.
- Aspect normal de la rotule.

Conclusion :

Radiographie des deux genoux ne révélant pas d'anomalie notable.

