

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 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 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

NDS = 24765
Déclaration de Maladie : N° P19-0009549

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1000000000000000* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *1702 ABDI YOUSSEF* Date de naissance : *04/09/66*

Adresse :

Tél. : *06 66 21 73 78* Total des frais engagés : *1000000000000000* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *02/06/2019*

Nom et prénom du malade : *KHABIB HAKIMA* 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0009549

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).

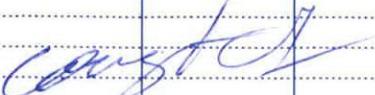
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

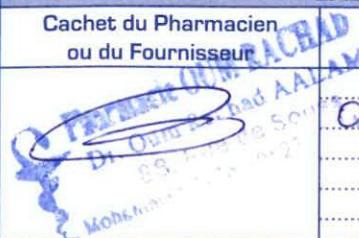
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/2019	80.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	15/12/2019	32.00	250.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	12/12/2019					300 D.H

VOLET ADHERENT

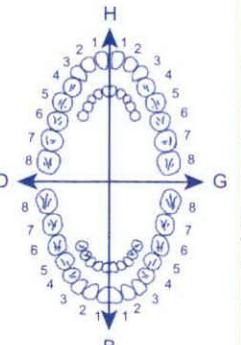
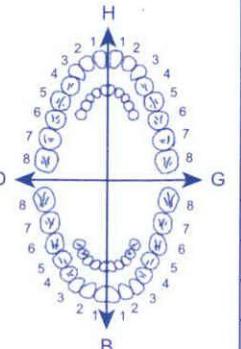
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Nourdine MALLOUK

الدكتور نور الدين ملوك

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
du Foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abcès

Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie

Ex chef de service de Gastro-entérologie Hôpital

Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المراة، المعدة، الأمعاء، البواسير
الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي
للمعدة والمعوي الغليظ
تشخيص وجراحته أمراض المخرج
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقاً بمستشفى مولاي عبد الله المحمدية

Mohammadia Le 02 Dec 2019

KARAMI HAKIMA

METEOPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

40.40

① Meteopasmyl

Acet x 3

39.80

③

Hycine



80.20

IV

x 3

Pharmacie OUM RACHAD
Dr. Oum Rachad AALAM
85, Rue de Souss
Mohammadia - Tel : 0523 321 419

Dr. Nourdine MALLOUK

39,80 DH
Lot: V071H
Per: 03-2022

39,80 DH
Lot: V071H
Per: 03-2022

39,80 DH
Lot: V071H
Per: 03-2022

Rue Abderrahmane Saghini, Résidence Rawiya imm. A, app. N°10 -Mohammadia
Tél/Fax : 0523 321 419 - Gsm : 0661 182 702 - nourdinemallouk@gmail.com

Dr. Nourdine MALLOUK

الدكتور نورالدين ملوك

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
du Foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abcès

Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie

Ex chef de service de Gastro-entérologie Hôpital

Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المراة، المعدة، الأمعاء، البواسير
الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي
للمعدة والمعوي الغليظ
تشخيص وجراحة أمراض المخرج
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقاً بمستشفى مولاي عبدالله المحمدية

02 Dec 2019
Mohammadia Le :

KARAMI HAJAJI

Recherche de maladie
(Fit) sur
Inmunosuppressive

Dr. Nourdine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Fax: 0523 32 41 19 - GSM: 0661 182 702



Rue Abderrahmane Saghini, Résidence Rawiya imm. A, app. N°10 -Mohammadia
Tél/Fax :0523 321 419 - GSM :0661 182 702 - nourdinemallouk@gmail.com

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED

Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICE: 001781528000074

INPE: 093002509

Pat: 39450049

IF: 34637815

FACTURE N° : 200101672

MOHAMMEDIA le 15-01-2020

Mme KARAMI HAKIMA
2001150043

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche de sang dans les selles quantitative	-	HN

Total des B : 200

TOTAL DOSSIER : 250.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante dirham s.





المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES



الحمدية - (في إتجاه باب القصبة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحاجaji

Date du prélèvement : 15-01-2020 à 09:35

Code patient : 2001150043

Né(e) le : 24-02-1969 (50 ans)

Edition du : 16-01-2020

Mme KARAMI HAKIMA

Référence : 2001150043

Prescripteur : Dr NOURDINE MALLOUK

RECHERCHE QUANTITATIVE DE SANG DANS LES SELLES

TECHNIQUE DE L'ANALYSE: (Immunoturbidimétrie (IFOBT))

Résultat :

Négatif

Titre

<75 ng/ml

<15 ug/g

INTERPRETATION :

Négatif : <75 ng/ml - <15ug/g de selles
Positif : >75 ng/ml - >15ug/g de selles



www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الطابق السفلي عمارة الدرر ، شارع عبدالرحمن السرغيني (في اتجاه القصبة) - الحمودية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammed@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88