

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

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.

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



m2 28507

Déclaration de Maladie : N° P19-0001097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9310 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MANAR ABELWALID Date de naissance : 01/11/1954
Adresse : ET - HABIBA - 129 EL WALFA
Tél. : 0670351833 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02 JUN 2020
Nom et prénom du malade : Manar Abdelwalid
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CA - prostate - gué
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° P19-0001097

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 :

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
02 JUN 2020	C		15034	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ANASSIM
Lot: N°1034 - Tél: 05 22 58 10 16
CASABLANCA - Tél: 05 22 58 10 16
INPE: 09304082
ICE: 002042034000024

02/06/2020 307,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Dr. El Khachani
Specialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél: 05 22 58 10 16

02/06/2020 400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

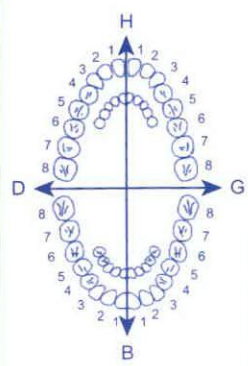
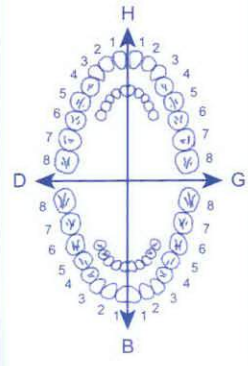
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

anica, le

02 JUN 2020

الدار البيضاء في

24,40 x 2

Levothyrox 100 µg
spectin

LOT 191285
EXP 07/2022
PPV 149.50 DH

149,10

PPV: 34DH70
PER: 02-23
LOT: J441

CASABLANCA
N° 103 N°3
1er Etage Sidi Maàrouf

2 cp

opre h op

timebat
2 gel
Voie orale

20 gélules
Voie orale

47,20

إقامة المستقبل GH4 عمارة 103 ش 3 - ط 1 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Résid. AL Mostakbal GH4 imm. 103 N°3. 1er Etage Sidi Maàrouf - Casablanca

الهاتف: 05 22 97 20 36 - النقال: 06 61 18 51 01

7 zero gaz

2 q L. b sur 127g
(oprs le rps è distans ds
entre produits!

27, w

5)

Alim 10mg ^{21/6/2020}
125571

2 q L. b sur 127g

34.70

5)

2700

2700

112 b sur

21u - 11u -

12 mg

307,2

Dr. Fatima EL KHERRAT
Médicine Générale
Rég. Méd. 103 N°3
100 Bd. du 11 Nov 1918
Casablanca
Tél: 05 22 89 39 12
ICE: 032042097000024

PHARMACIE ANNASSIM
Lot. Ha. 10 N°622 Oujda
Casablanca - Tél: 05 22 89 39 12
ICE: 032042097000024

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخراط

Médecine Générale

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplômée d'Echographie



الطب العام

حائزة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا

أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le

الدار البيضاء في

02 JUIN 2020

9/2 Le tifs Hador

faire me echographie

convenir

Dr. Fatima EL KHERRAT
Médecine Générale
Résid. AL Mostakbal GH4 imm. 103 N°3
1er Etage Sidi Maàrouf - Casablanca
Tél: 0522 97 20 36 Gsm: 0661 18 51 01

RADIOLOGIE
EL MOSTAKBAL
Tél: 05 22 58 10 16

إقامة المستقبل GH4 عمارة 103 ش 3 - ط 1 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Résid. AL Mostakbal GH4 imm. 103 N°3. 1er Etage Sidi Maàrouf - Casablanca

الهاتف: 05 22 97 20 36 - النقال: 06 61 18 51 01



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le : 02/06/2020

PATIENT : HADAR LATIFA
MEDECIN TRAITANT : Dr EL KHERRAT FATIMA
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Compte Rendu d'Examen

ATCDS : thyroïdectomie totale

Loge de thyroïdectomie libre

Absence de nodule ou de résidu individualisable

Absence d'adénopathies cervicales.

Glandes parotides et sub mandibulaires normales

Axes vasculaires perméables

Conclusion :

Bon contrôle

Absence d'anomalie

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16



Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 02/06/2020

FACTURE N° 3937/2020

NOM & PRENOM : HADAR LATIFA

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICALE	quatre cents (400 DH)
TOTAL	400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents (400 DH) DHTTC

RADIOLOGIE
EL MOUSTAKBAL
Tel: 05 22 58 10 16

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452

INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052