

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème étage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier des Horloges - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-511943

SL691

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6403	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAJBAR Boucraïb			
Date de naissance : 27.02.1967			
Adresse : 10 Rue ANVERS CASA			
Tél. : 0634672020	Total des frais engagés : 1202,20 + 300 + 700 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			

Date de consultation : 1/1/2021	Nom et prénom du malade : BENFAIDA HAJAR	Age : 43
---------------------------------	--	----------

Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-511943
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 : 6403
 Nom de l'adhérent(e) : BENFAIDA HAJAR
 Total des frais engagés : 1202,20
 Date de dépôt : 2/2/2021

02/01/2021

6403
 BENFAIDA HAJAR
 1202,20
 2/2/2021

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
9/10/2020	G	300	300	INP : 0911160841
10/10/2020	G	1	1	

PHARMACIE PRIVEE EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rond Point 1000 Tél : 05 23 27 11 11 CNSS: 116341151 ICP	18/10/2020	1018 20
	12/10/2020	184,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mehdi	16/10/2020	Rx	70000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	B			DATE DU DEVIS [REDACTED]
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6/10/14/2

Bien fait DA Hojal Espana
B.A.S B.R. =

10 Vitamine D B. 0.5 =

62,70 200 000 vi (37 20,90)

1 29 105 x 375

(67 169,00)

894,00
3
Flexinod 100 mg
1 gell 2 375

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd JEBBAK
Pharmacie
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 27 11 50 - R.C. Casab : 149884
CNSS : 1187641 - I.F. : 04-67001 - Patente N° : 34306256
ICE N° : 001897771000045
INPE : 092049261

61,50

30

Nobix 15

as

1018,258

14

Pharmacie Médi
Casablanca

PROFLAX 93

AGENCE 24/1/2411 x 2

Dr. M. J. S. - 2ème étage
Angle Rue Arzay
Casablanca - Maroc

64، شارع عمر الادريسي (قرب مكتبة مروخ) - الدار البيضاء- الفاكس : 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف: 05 22 27 72 72(L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85:

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 001728360000010

Lot : 20611
Exp : 05 2023
PVC : 184,00

120 ml



PPC : 149 DH

stribué par :

NSSAN : ES5.349.16



ue Racine Valleur
rif Casablanca
522 23 22 51

LOT: 2009018
FAB: 09/2020
EXP: 09/2023
PVC: 149.000H

LOT: 2009009
FAB: 09/2020
EXP: 09/2023
PVC: 149.000H

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

PPV: 61DH50
PER: 01/23
LOT: J089



ZENITH Pharm
AMM N° 171/16 DMP/21/
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

30 unités
LOT: FX08
EXP: 06/2022
PPC: 149Dh



نوع BENFAIDA
العنوان
العنوان BAJIBAN

6.9.10.20

84 kg (1.69)

$P_f = 4200$ -

Caen Kow $P_f = 450$ -

Leg 30 -

$P_x \rightarrow 2000$ a charge

$f_{0.6}$ -

$P_{0.6}$ -

$P_{0.6}$ -

✓ URGENCES 24H/24H

64 شارع عمر المختار (قرب حقيقة مروخ) - الدار البيضاء- الفاكس : 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél : 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85 :
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 001728360000010

Professeur T.M. Salah
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
Rue Amzaz
Casablanca
Téléphone 01210388

(3)

P



RADIOLOGIE MERS SULTAN

64, BD OMAR EL IDRISI

Tél: ..05 22 27 72 72.....

F A C T U R E

N° : 202000001 du 10/10/2020

Nom patient : Mme BEN FAIDA HAJAR

Médecin : Dr. FNINI

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
RX DES DEUX GENOUX D&G (F+P)	60	600,00
DEFILE FEMORO-PATELLAIRE	10	100,00
Total		700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SEPT CENTS DIRHAMS

RADIOLOGIE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca
Tél : 05 22 27 02 79



Casablanca, le 10/10/2020

► I.R.M 1,5T

► Scanner 16 Barretes

- 3D Corps Entier

- Angio Scanner Corps Entier

► Echographie

- 2D / 3D / 4D

- Echo doppler couleur

- Echo guidée

► Biopsie

- Sconnoguidée

- Echo guidée

► Radiologie

- Interventionnelle

► Radiologie Standard

- Numérisée

BEN FAIDA HAJAR

Examen : RADIO GENOUX DR et GH F/P + DFP 30°

RESULTAT :

- Trame osseuse homogène.
- Absence de lésion osseuse focale.
- Pincement modéré des interlignes fémoro-tibiaux internes avec ostéosclérose des plateaux tibiaux internes.
- Absence d'ostéophytes marginaux.
- Trochlées bien creusées.
- Leger bascule patellaire externe bilatérale.
- Pincement minime des interlignes fémoro-patellaires sur leurs versants externes.
- Parties molles de morphologie normale.

En vous remerciant de votre confiance

DR DOUMA HANANE

DR DOUMA HANANE
05 22 27 72 72
05 22 27 72 72
05 22 27 72 72

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الأدريسي (قرب حديقة مرسوخ) - الدار البيضاء- الفاكس : 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف: 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail: cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 001728360000010