

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-580125

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8363 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL RHOU MOHAMED
 Date de naissance : 15/01/1966
 Adresse : N° 92 Lot Lina Sidi Narouf
 Tél. : 066187139 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

Date de consultation : 22/01/2021
 Nom et prénom du malade : 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

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
22/12/21	C	G		INP : 1011272986 Dr. DAKKA Fadoua Médecin de Santé Publique Médecin de Sport

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Coordonneur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANMIDA Rue 1000 Casablanca Sidi Maârouf Tél: 527335387 Tél: 527335387	25/01/2021	552,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire ANMIDA Rue 1000 Casablanca Sidi Maârouf Tél: 527335387 Tél: 527335387	25/01/2021	B: 67 J.D.M. 300 DH	983,520 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B		B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

NOM ET PRENOM : EL RHOUL A. B. Ahmed

1. HYDROXY CHLOROQUINE 200 mg : 1Cp TOUTE LES 8 HEURES PENDANT 07 JOURS
2. AZITHROMYCINE 500 mg : 1Cp LE 1^{ER} JOUR PUIS ½ CP PAR JOUR PENDANT 06 JOURS
3. ZINC 45 mg : 1Cp PAR JOUR/ 10 JOURS
4. VIT C 1000 mg : 1Cp PAR JOUR/ 10 JOURS
5. VITAMINE D 25000 UI : 1Amp /Semaine... PENDANT 4 SEMAINES
6. MAXITONE CP EFF 1 COMPRIME PAR JOUR
7. CARBOXANE FLORA 1 GEL FOIS DEUX PAR JOUR
8. FITOPOLIS SIROP ADULTE 1 CM DEUX FOIS PAR JOUR
9. OMEPRazole 20 mg : 1 gel / Jour/1 MOIS
10. ORADAXON 0,5 mg 4cp matin 4cp midi 4cp soir...PENDANT 10 JOUR
11. ENOXAPARINE 0,4 ml : MATINSOIR..... /EN SOUS CUTANE.....
12. CARDIOASPIRINE 100 mg : 1 PRISE LE MIDI /jour
13. CONFISEMENT JUSQU AU.....
14. PORT DE MASQUE CHIRURGICALE EN PRESENCE D'AUTRE PERSONNE
15. DESINFECTION DES SELLES PENDANT 14 JOURS APRES DEFECATION :
 - EAU DE JAVEL 12% DILUER A 1/5(1 dose d'eau javel + 4 dose d'eau)
 - LAISSER AGIR PENDANT 15 MINUTES PUIS TIRER LA CHASSE D'EAU
16. REPOS : Pas d'activité physique excessive /dormir au moins 8 heures /jour
17. BAINS TIEDE CHAQUE JOUR
18. ALIMENTATION SAINE ET EQUILIBREE :
 - FRUITS ET LEGUMES
 - ALIMENTS CHAUDS OU TIEDES
 - BOISSONS ABANDANTEES : 2 à 3 litres / jour

NOUS VOUS SOUHAITONS UN BON RETABLISSEMENT

DATE : 22/01/22

SIGNATURE

Dr. DAKKA Fadwa
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Commercial
Sidi Maachou Casablanca
Tél: 0522 30 45 47 - 30 93 14
ICE: 0000000000000083

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Vita C1000®

PPV 150H30
EXP 10/2023
LOT 09031 14

LOT : 200982
UT AV: 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N°:

LOT : 200982
UT AV: 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N°:

LOT : 200980
UT AV: 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N°:

LOT : 200982
UT AV: 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N°:

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J27D
EXP: 10/2022

132,00

132,00

132,00

Ordonnance

Le : 22-01-2021

Nom / Prenom : EL RITOU Abdelmoumen

Sexe : ☒ H ☐ F Age : Poids :

TDA Housse cizur

Radio Diagnostic
Sidi Maârouf
109 Résidence Soufiane
Préfecture Ain Chock Sidi Maârouf
Tél: 05 22 32 17 65

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 25/01/2021

FACTURE N° : 00288/2021

Nom & Prénom : EL RHOUL MOHAMMED

Date d'examen : 25/01/2021

Examens	Honoraires
SCANNER THORACIQUE	1300 DH
NET A PAYER	1300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENTS DH

109, Résidence Soufiane - Sidi Maarouf - Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65
Radiologie Sidi Maarouf



Casablanca, Le 25/01/2021

PATIENT : EL RHOUL MOHAMMED
MEDECIN TRAITANT : DR DAKKA FADOUA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

Coupes millimétriques avec filtre de haute résolution, sans injection de produit de contraste.
Bio nettoyage du scanner à l'aide d'un détergent -désinfectant selon les recommandations des services d'hygiène.

RESULTAT :

Absence d'image en verre dépoli.
Absence de crazy paving.
Absence de condensation nodulaire ou en bande.
Par ailleurs :
Petite condensation avec quelques DDB rétractile d'allure séquellaire.
Absence de condensation systématisée.
Absence de lésion nodulaire ou micronodulaire.
Absence de bronchectasie ou de bulle d'emphysème.
Absence d'épanchement pleural.
Aspect normal du médiastin sans adénomégalie notable.

CONCLUSION:

TDM thoracique normale.

Confraternellement
DR MOUBACHIR NADIA

