

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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 - 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° P19- 0023954

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1707 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GOUAIR Abdelhak Date de naissance : 3-12-56

Adresse : Rue 6 Villa N°2 Hay Elhonda Berrechid

Tél. : 0667045704 Total des frais engagés : 700 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/06/2021

Nom et prénom du malade : GOUAIR ABDELHAK Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pleur de l'air

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 : Berrechid

Le : 31/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
25.06.2011	S. dent	300 DH	100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAMIR No. 12 Mosquée Riad T. 33 68 22 25/06/11 29,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

25.06.2011 Rx. Def. main FIP 300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

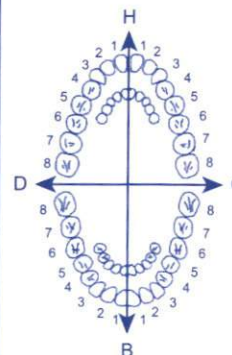
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

ORDONNANCE

NOM:

AMAR
Ahmed

prénom:

le:

20/06/2021

29,00

Rx Rari
De F + P

صيدلية مسعود الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Sihom TAMIR
N° 1-2 Mosquée Riad
Hay Riad (A côté du Stade Sportif) Basseville
Tel / Fax: 05 22 33 68 22

Signé:

JEALINE MUHAMMAD AMIE
Spécialiste en Anesthésie Pédiatrique
Clinique Ibn Zohr
52325883 INPF-66175/216

NOM. DE FABR. : 10

LOT: 0399A019

FABR. : JUN. 2020

EXP. : MAY 2022

INSTITUT PASTEUR DU MAROC - 1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc

PPV : 29.00 DH

AMM N°: 268R / 18 DMP / 21 / NRQ

"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"



ANTITOXINE TÉTANIQUE B.P.

(Origine équine)

Usage prophylactique

Tét / Sér

1500 UI - 1 ml



Chaque ampoule contient

Antitoxine Tétanique 1500 UI

Agent de conservation \leq 0.25% Phénol

A conserver entre 2° et 8° C.

Conserver à l'abri de la lumière

NE PAS CONGELER

Lire la notice avant utilisation

Ne pas conserver dans congélateur

Tableau A (Liste I), médicament
soumis à prescription médicale



Fabriqué par :

SERUM INSTITUTE OF INDIA PVT. LTD.

212/2, Hadapsar, Pune -411028, INDIA



ANTITOXINE TÉTANIQUE B.P.

(Origine équine)

Usage prophylactique

Tét / Sér

1500 UI - 1 ml



CLINIQUE IBN ZOHR									
<u>INPE, code à barres</u>									
0	6	0	0	6	2	7	1	8	

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

ESTIMATION N°

2022 / C / 2021

Assuré
Nom & Prénom N° CIN N° immatriculation

Bénéficiaire
Nom & Prénom GOUAIR ABDELLAH N° CIN A63664 <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant

<u>Médecin consultant :</u>	<u>Médecin correspondant :</u>	<u>N° TEL</u>
-----------------------------	--------------------------------	---------------

FRAIS CONSULTATION

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
SOINS	1.00	100,00	100,00
TOTAL			400,00

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	PU	Avec Injection	Montant
RADIOLOGIE - MAIN FACE ET PROFIL	1	300,00		300,00
TOTAL				300,00

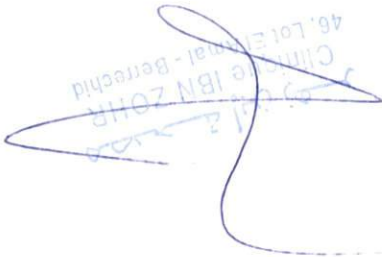
TOTAL GENERAL	700,00
----------------------	---------------

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

SEPT CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE



Berrechid le : 17 JUIN 2021

NOM & PRENOM

: GOUAIR ABDELLAH

EXAMEN

: RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE F/P

COMPTE RENDU

Cher confrère,

Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTATS :

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse post traumatique visible.

Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.

Interlignes articulaires carpo-métacarpiennes, métacarpo-phalangiennes et inter phalangiennes proximales et distales conservées.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.

AU TOTAL :

Radiographie de la main droite ne révélant pas de lésion osseuse post traumatique.

À confronter aux données cliniques.

Dr. ABOUHADJ ALI NAWAL
د. نوسيل أبو هادي
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid

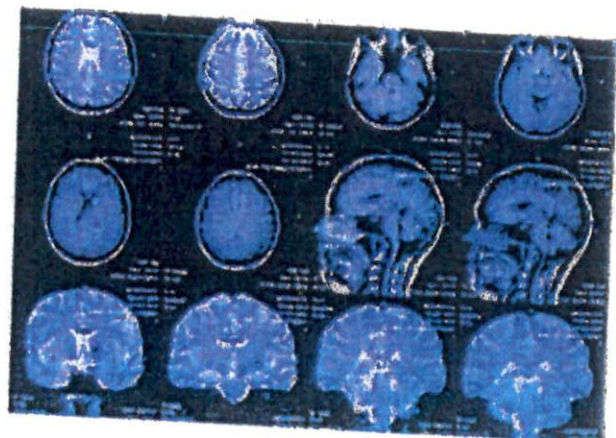
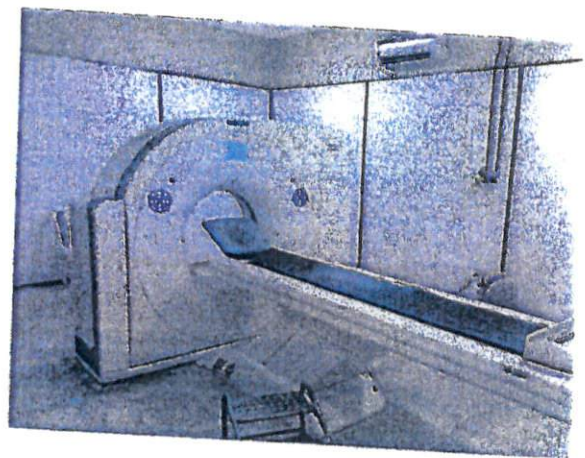
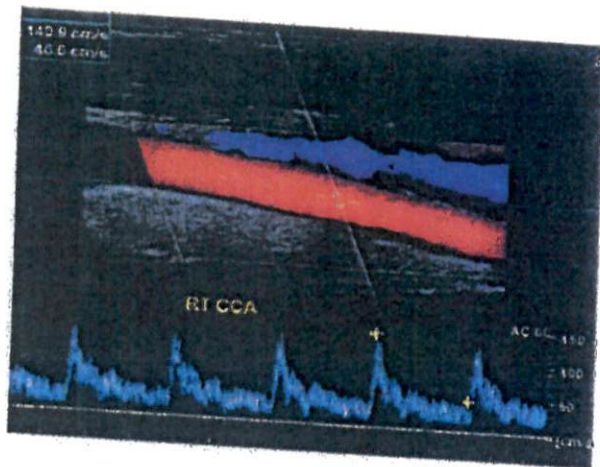
CLINIQUE IBN ZOHR

GOUAIR 1702
Cizh

مصحة ابن زهر

CENTRE DE RADIOLOGIE IBN ZOHR

Nom / Prénom : GOUAIR ABDELLAH Date : 25/06/2024
Diagnostic : Ra de la main (f.p.)



46 lot Al Amal Berrechid
Tel: 05 22 32 58 83 GSM: 06 62 68 72 98



COUA R ABDELLAH

25 06 1956

CLINIQUE IBN ZOHR

25 06 2021

10 30 32

D



COUA R ABDELLAH

01 01 1956

CLINIQUE IBN ZOHR

25 06 2021

10 31 35

D