

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.

biologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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

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° M21- 1055229

82938

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0572 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : MENJRA Tayeb
Date de naissance : 11/11/1941
Adresse : 3 Rue Lixine Hayel Hans Hayel
Harami - Casablanca
Tél. : 0661236017 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 16/09/2021
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16/08/2021				
16/08/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/08/2021

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

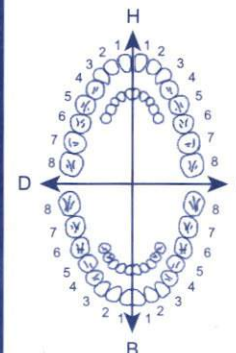
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

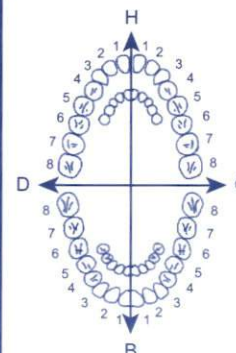
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[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

CLINIQUE BADR

Urgence 24/24

F A C T U R E

N° : 202106571 / 2021 du 16/08/2021

Nom patient **MENJRA TAYEB**
PAYANT

Entrée 16/08/2021
Sortie 16/08/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SALLE OPERATION	1.00	K30	2 200.00	2 200.00
			Sous-Total	2 200.00
Total Clinique				2 200.00

MATERIEL	1.00	KIT PISTOLET	380.00	380.00
			Sous-Total	380.00
Total Autres prestations				380.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 2 580.00

Clinique BADR
35 Rue AL ALLOUSI Bourgogne
Casablanca
Tél.: 05 22 49 28 00

FACTURE

N° :

FAC30221000632

Référence : BC N°022091

Page 1 sur 1

Date :	04/06/2021
Bon de Commande N°:	BCN3022100429
Bon de Livraison N°:	BLN3042101653
Date échéance :	04/06/2021
Conditions de règlement:	

Client : CL10041

CLINIQUE BADR

35, rue de l' Imam El Aloussi
Quartier: Racine

20000 CASABLANCA
Maroc

ICE: 001529932000062
Patient:

Commentaire1:

Commentaire2:

Représentant: BUPRS-MBR

Article	Designation des articles	Quantité	Prix Net TTC	Total TTC
AC1825	PISTOLET POUR BIOPSIE A USAGE	20	380,00	7 600,00
28235	AGRAFEUSE DE PEAU A USAGE UNIQ	36	85,00	3 060,00

baseTVA	taux	TVA
8 883,33	Tva 20 %	1 776,67

TOTAL HT

8 883,33 MAD

Net à payer

10 660,00 MAD

La marchandise vendue n'est ni reprise ni échangée.
En cas de litige, les tribunaux de Rabat sont seuls compétents.

Arrêtée la présente facture à la somme :

Dix Mille Six Cent Soixante dirhams Toutes taxes comprises

Social: Km 3,5, Route des Zaers, Souissi-Rabat - Tél: +212 (0) 5 37 56 64 84 - Fax: +212 (0) 5 37 56 64 85
Rabat: 22, Zankat Al Mariniyne - Tél: +212 (0) 5 37 26 08 15 - Fax: +212 (0) 5 37 26 00 66
Casablanca: 165, Av. Boulevard Idriss I^{er} - Tél: +212 (0) 5 22 86 40 94 - Fax: +212 (0) 5 22 86 03 65
Fès: 68, Av. Mohamed Slaoui-Ville Nouvelle - Tél: +212 (0) 5 35 94 48 65 - Fax: +212 (0) 5 35 94 29 29
Marrakech: 41, Bis, Rue Imam Chafi-Kaoukeb Center - Tél: +212 (0) 5 24 43 41 62 - Fax: +212 (0) 5 24 42 07 17
Email: soma@somamedical.ma - web: www.somamedical.ma

**Un engagement
de tout coeur**

SOMA en Capital de 1000000 Dirhams - RC: 64555 - IF: 3316853 - CNSS: 7305817 - Patente: 25982200 - BMCI: 0384001070 000 480 001 4494

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **MENJRA TAYEB**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **LEMSEFFER M HAMED**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **16/08/2021**

Date sortie **16/08/2021 13:44**

Le caissier

L'infirmier

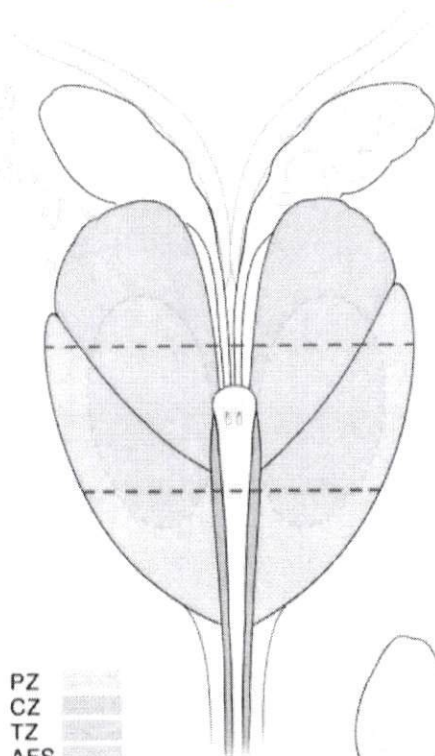
Le major

Billet de sortie établi par : DERKAoui 16/08/2021 13:48 H20211587

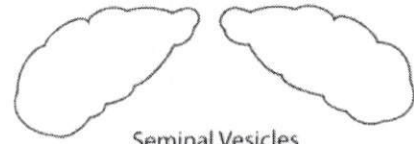
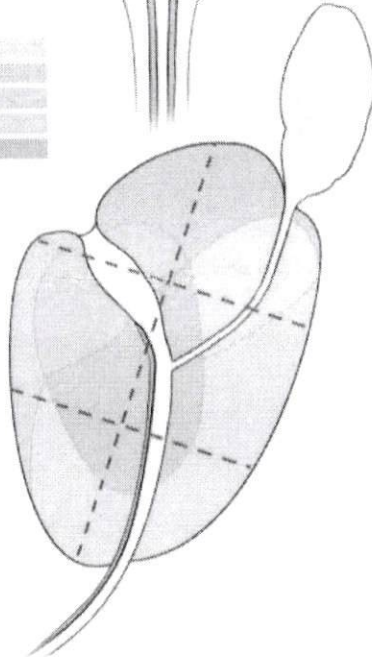
Clinique BADR
25 Rue AL ALLOUSSI Bourgogne
Casablanca
Tél: 05 22 49 28 00

Dr. Nefza Tayeb

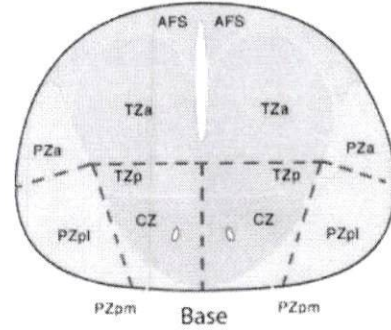
le 25.05.2021



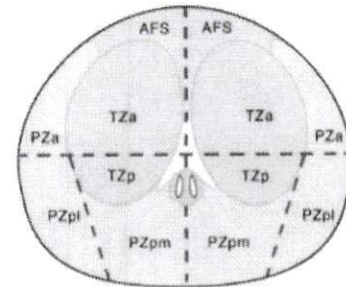
PZ
CZ
TZ
AFS
US



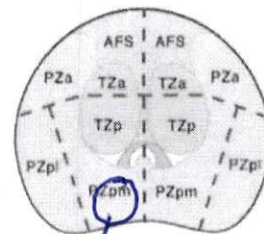
Seminal Vesicles



Base



Mid



Apex

Urethra

lesion PIRADS 3
9x8mm



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Lenseff

Nom et Prénom du Patient **MENTRA TAYEB**

Age **19 41**

Date du prélèvement **16/08/2021**

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

P.S.A. **3.87**

TN: Apres dr suspect

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☐

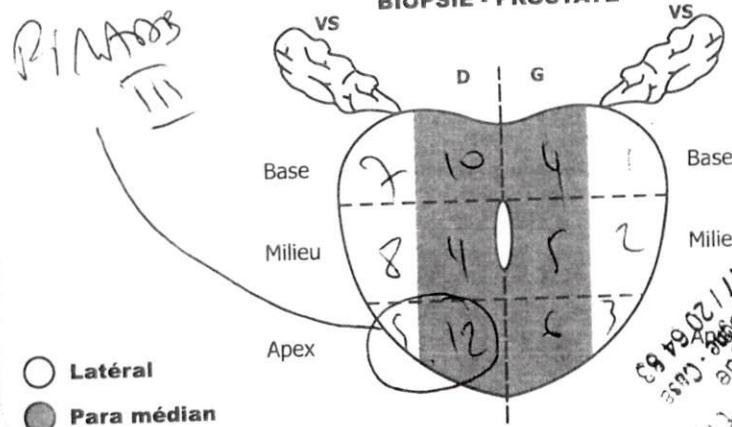
Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Laboratoire de Pathologie
du Centre

52, Route de Zerkouni
Tél: 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34

BIOPSIE - PROSTATE



ESPACE ERREDA - 52, Bd. Zerkouni - 3^e étage, N° 25 - Casablanca - Tél. : 05.22.22.51.31/05.22.22.51.34 - Fax : 05.22.22.50.90
Patente N° 34206650 - TVA N° 819561 - CNSS N° 2364917 - ICE 000834360000045