

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MUPRAS : Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Blanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19- 0004322

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : P.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : H. EL HAMFI / ABDEL Date de naissance : 14-09-59
Adresse : RES. SARA Bloc B P: 9 - TETOUAN
Tél. : 062 134223 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/06/2022
Nom et prénom du malade : CHAFI YASMINE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Corps étranger auriculaire gauche
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 : TETOUAN Le : 10/09/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
26/06/20	Act		500	
26/06/20	Panct chirp		150,50	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/06/20	Act		500	
26/06/20	Pant chir		1500	

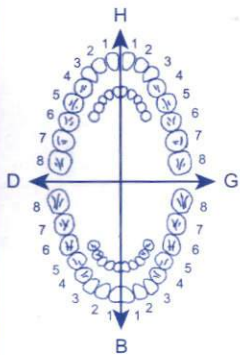
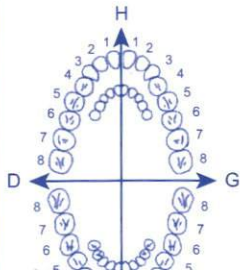
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

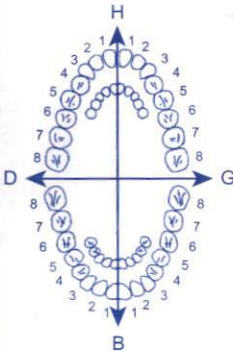
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Veuillez 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 DENTAİRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX							
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> D <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G </div> <div style="text-align: center;"> B </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552								
00000000	00000000								
00000000	00000000								
35533411	11433553								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS							
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DU DEVIS							

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

CLINIQUE RIF

MEDICO - CHIRURGICALE

CHIRURGIE GENERALE - GYNCO - OBSTETRIQUE

TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE

NEURO - CHIRURGIE - ORL - OPHTALMO

SPECIALITES MEDICALES

RADIO - SCANNER

URGENCES 24/24 HEURES



مصحة الريف
CLINIQUE RIF

مصحة الريف

طبية جراحية

الجراحة العامة - طب النساء و الولادة

جراحة العظام و المفاصل

جراحة الدماغ - الأذن و الأنف و الحنجرة - طب العيون

الإختصاصات الطبية

الراديو و السكانير

المستعجلات 24/24 ساعة

Tétouan le: 26/6/2021
تطوان في:

Chafi
Yasmine

1) Floxace 500
1 gelule x 3 fois
avant rep

2) Furadine
10 appls x 1/2

Dr El Ghamati M
Chirurgien
10, Rue Majlis Baladi Tétouan
Tél.: 0539 96 88 80 / 0661 29 47 96

Adresse: 242, Avenue des F.A.R - Tétouan

Tél.: 05 39 99 91 43 - Fax: 05 39 99 91 45

العنوان: 242، شارع الجيش الملكي - تطوان

الهاتف: 05 39 99 91 43 - الفاكس: 05 39 99 91 45

CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

F A C T U R E

N° 6 236 / 2021 du 26/06/2021

Nom patient	CHAFI YASSMIN	Entrée 26/06/2021	Sortie 26/06/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PART CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
PHARMACIE	1.00		50.50	50.50
			Sous-Total	50.50
Total Frais Clinique				150.50
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL GHARNATI M (chirurgien)	1.00	K	500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total prestations externes				500.00

	Total général	650.50
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES		

Encaissements	Espèces 650.50				Total encaissé 650.50	Solde 0.00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : CHAFI YASSMIN	N° Facture 6 236	21F260905
-----------------------------	------------------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
COMPRESSE (040)	1	20.00	20.00
GANT STERIL 7.5 B50 (001)	1	12.00	12.00
LIDOCAINE 2 % 20 ml INJ (01)	1	16.50	16.50
SERINGUES 5 CC (001)	1	2.00	2.00
Total pharmacie			50.50

clinique
Recommandé
Pharmacie
Zakaria
Teboul



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Modèle 8-2 bis

1) Date de la constatation de l'état du malade :

26/06/2021

2) Renseignements cliniques sommaires :

Caractéristiques
d'origine d'inf.

3) Traitement envisagé correspondant à la

correction indiquée sur le bulletin d'information ou à la

demande d'Entente préalable (si possible, nombre

des actes en série) :

Antibiotique

Antalgique

4) Durée prévisible du traitement :

A, le

26/6/19

Signature :

Dr El Gharnati M

Chirurgien
10, Rue Majlis Baladi Tetouan
Tél : 0539 96 88 80 / 0661 29 47 96

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient Mlle CHAFI YASSMIN

Chirurgien DR. EL GHARNATI M

Anesthésiste

Nature de l'intervention

Date intervention 26/06/2021

Type d'anesthési Locale

Corps étranger antérieur de dent

CR: - A/bocch

- lésion de corps étranger
antérieur

- Punt.

Dr El Gharnati M
Chirurgien
10, Rue Majlis Balade Tétouan
Tél : 0539 99 91 42 / 0661 29 47 96

CLINIQUE RIF

NOTE D'HONORAIRES

Le : Références 6 236 /
PAYANT
Entrée / Sortie : 26/06/2021 - 26/06/2021

Le Dr. EL GHARNATI M
présente à Mlle CHAFI YASSMIN
sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500.00 Dhs
et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr El Ghomati M
Chirurgien
10, Rue Majlis Baladi Tétouan
Tel : 0529 88 88 80 / 0661 29 47 96

Cachet et signature