

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)




Déclaration de Maladie  
N° M21- 0011361

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 102626 ☐ Autres


### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHRAÏBI Abdelmalek  
Date de naissance : 1/6/53  
Adresse : 15 Rue EL Caïd Ahmed 2 Mars Casablanca  
Tél. : 06 61 25 31 57 Total des frais engagés : 1625 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 02/08/2021  
Nom et prénom du malade : CHRAÏBI Abdelmalek Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Covid 19  
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 Le : 08/11  
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
02/08/2021	Or	1	400 D	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/21	225,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/08/21	TDM	1000,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

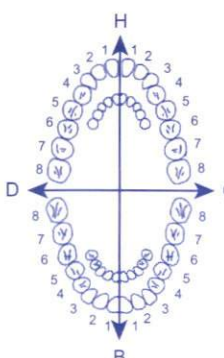
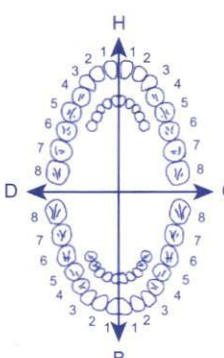
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# ORDONNANCE

Casa Le 04/08/21

ChRAÏBI Abdelmalek

1) TAVANIC 500

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b6  
P.P.V : 145,00 DH  
6 118001 080670

8wx10 = 80p

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b6  
P.P.V : 145,00 DH  
6 118001 080670

2) Dexa metazone 6mg

221w 1p

 **PHARMACIE MARHABA**  
ACHOUR A.  
Diplômé de la Faculté de Marseille  
51, Avenue de l'Armée Royale  
Tél. : 05 22 31.16.40 / 05 22 31.43.69 - CASA  
**DEXAMETHASONE 6 mg**  
Avec Ordonnance

DOUMAS EL MUR  
Médecin Généraliste

**Dr Dounia ELMOUDENE**

**Médecin Généraliste**

Lauréate de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie Casablanca

Echographie - Eléctrocardiogramme

Médecine d'Urgence



**الدكتورة دنيا المودن**

طبيبة عامة

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

الطب الاستعجالي

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 02/08/2021 في الدار البيضاء.

M. Chaïbi Abdelmalek

TDM. Thorax Que

**Dounia EL MOUDENE**  
Médecin Généraliste



Chraïbi Abdelmalek

Matricule 1657 + Dossier n° M21-0011361

Date 02/08/21

Mupras

Bonjour, pour cause de l'extension de l'épidémie  
Covid 19, et afin d'éviter toutes contaminations,  
je ne pouvais déposer mon dossier en temps  
voulu.

Je vous prie par conséquent de vouloir faire exception.  
Avec mes sincères remerciements.

Chraïbi

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal stroke with a loop at the end.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1231365	N° SEJOUR :	210059975	<b>FACTURE N° 2105037478</b>		DATE D'ENTREE : 03/08/2021		DATE DE SORTIE : 03/08/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : CHRAIBI,Abdelmalek				UF: 5002 URGENCES		CHRAIBI,Abdelmalek						
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION			LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
							MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											0.00	
TDM			TDM	1.00	1000.00	1000.00					1000.00	

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED		TOTAUX :		1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
MILLE				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	1000.00					
DATE FACTURE : 03/08/2021		EDITEE LE : 03/08/2021		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



# PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

R.C :118264

Patente:35 101 720

T.V.A :823288

C.N.S.S:1850107

ANDRE ACHOUR •

Docteur en pharmacie

Faculté de MARSEILLE FRANCE

Tél :0522 31 16 40

Le 04/08/2021

**FACTURE N°592753**

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

**MR CHRAIBI ABDEL MALEK**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
10	DEXAMETHASONE 6 MG N° 99.679	8,00	80,00	13,33	20,00
			<div>PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, Av. des FAR - Casablanca Tél. : 022.31.16.40 / 022.31.43.69</div>		
			<b>TOTAL T.T.C : 80,00</b>		

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	80,00	Montant	13,33
--------------	---------------	-----------	----------------	-------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre-vingt Dirhams.



**Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur**  
**Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM**



Casablanca le : 03/08/2021

Patient(e) : CHRAIBI ABDELMALEK

Médecin prescripteur : DR D. EL MOUDEN

**TDM THORACIQUE**

**TECHNIQUE**

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

**RESULTAT**

Présence de foyers en verre dépoli périphérique et sous pleural bilatérale.

Absence de nodule pulmonaire.

Absence d'image de dilatation des bronches.

Absence d'épanchement pleural.

**CONCLUSION**

Aspect en faveur d'une pneumopathie évolutive virale COVID 19 intéressant 20 du volume pulmonaire (atteinte modérée).

**DR MESTOUR**