

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

soins généraux :

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.

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.

Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATBIB Fouzia.

ND
N 2993

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.68.46.60.40

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 ADHÉRENT
Déclaration de maladie N° M21-81033

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

COMMANDATIONS 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.

iologie 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.

itaire :

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.

ladie 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° W21-626465

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

8372

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ATBIR FAOUZI

Date de naissance :

01/03/1988

Adresse :

7 Rue NASSIR ADDINS Res Al jouni RG

ITA APP 17 Racine

1935,70 Dhs

Tél. :

0668486046

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

re' Atbrib, faouzia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

sa condrose

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

Déclaration de maladie

N° W21-626465

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Actes
			29/11/2024 Cg (400 m)	INP :  Domiciliation :  Domiciliation :  Domiciliation : 

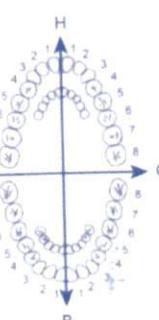
EXÉCUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Libellé et signatures du patient et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Rue Socrate 33 33600 Toulouse Téléphone: 05 61 33 65 Fax: 05 61 25 85 E-mail: abhalsor.tso@menaramail.com</p>	<p>210122 59 75 4PC 7/15</p>	<p>1331,50 D</p>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
		
		
		
		
		

VIOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>	
		DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>	
		FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>	
		ODF PROTHESSES DENTAIRES 	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession	
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>	
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.
Chirurgie des Cancers cutanés
Comblement des rides - Botox
Tests Allergies - Pêau

الدكتورة سلمى زايد
طبيبة الجلد والأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب
مقسمة سابقة بمستشفيات باريز وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر
والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الاخير و زرع الشعر
تحاليل حساسية الجلد

29/12/14

Casablanca, le



1eros
110
1x2

51,10 x2 Plaqueenil ^

102,20

102,20

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Plaqueenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Plaqueenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Founzî - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC :245509- Pte.: 35873067
IF : 40436642

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Plaqueenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Plaqueenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.
Chirurgie des Cancers cutanés
Comblement des rides - Botox
Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد

طبيبة الجلد والأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب
مقيدة سابقة بمستشفيات باريز وليل

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر
والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس

سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الإزير و زرع الشعر

تحاليل حساسية الجلد

Casablanca, le

29/12/2011

Abbés, Fouzai

Engre de conversion de l'antécédent
calcéinie
phosphoménie
vitamine-D
CRLMS.
Ibs glycée.



LABOSOCRATE
Rés. Masurel, Rue Socrate, Immeuble C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma



Résidence Star younès, 1^{er} étage, App. N°2, Angle Rue Ibn Yahia al Ifrani et Rue Oumaima Sayah
(à côté du resto Toscana) - Q. Racine - Casablanca - Tél.: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41

E-mail : dr.selmazaïd@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 220001469

CASABLANCA le 21-01-2022

Mme Fouzia ATBIB

Demande N° 220121A008

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 21-01-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS	Prélèvement sang	E25	E	25.00 MAD
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	6.70 MAD
0104	Calcium	B30	B	40.20 MAD
0370	CRP	B100	B	134.00 MAD
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B	134.00 MAD
0129	Phosphore minéral ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE	B40 B250	B B	53.60 MAD 335.00 MAD
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B	603.00 MAD
Total				1331.50 MAD

Total des B : 975

TOTAL DOSSIER : 1331.50DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent trente et un dirhams cinquante centimes



Rés. Masurel, Rue Socrate, IMM C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma