

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 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

- Reclamation : 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° M20- 0002484

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01269 Société : R AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JOUA ALI
 Date de naissance : 1.08/1951
 Adresse : Rue 16 n° 11 lot Manora California Casablanca
 Tél. : 0662493472 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/06/22
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Geste à 4p
 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
21/06/22	CS		800,00	
30/06/22	CR		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/22	152,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/06/22	B600 + PC	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

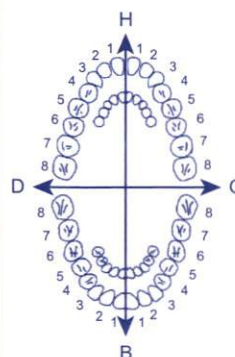
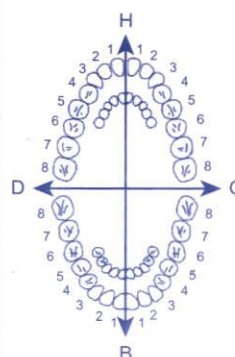
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Oumaïma BENKIRANE
Ep Lahlou

Spécialiste en Hépatogastro-Entérologie
Echographie - Fibroscopie - Coloscopie - Proctologie

- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme universitaire des hépatites virales et Anti-viraux, UPMC Paris
- Diplôme universitaire des Maladies inflammatoires chroniques intestinales, UPMC Paris



الدكتورة (أستاذة) بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد
الفحص بالصدى - تنظير المعدة والمعوي الغليظ
علاج أمراض المخرج
خريجة كلية الطب بالرباط
دبلوم جامعي لإلتهاب الكبد الفيروسي - باريس
دبلوم جامعي لأمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء - باريس

30/06/2022

Casablanca, le

Mme Joua Myriam

PPV: 55,00 DH
LOT: 647876
PER: 09/23

AMOXIL 1G

1 comprimé 2 fois par jour, au milieu des repas (pendant 8 jours)

SMECTA

1 sachet 3 fois par jour, à distance des repas (pendant 10 jours)

ZOVIRAX creme

1 appl 2x/j

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET 830
P.P.V : 52DH40
LOT : 216078
PER : 11/2024
6 118000 011460



شارع القدس، تجزئة السكن الأنيق - «إقامة الصفاء»، عمارة 405، الطابق الثاني الرقم 13 - الدار البيضاء/الهاتف/الفاكس : 05 22 50 30 31

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Al Anik - «Résidence ASSAFA», Immeuble 405, 2ème Etage N° 13 - CASABLANCA
Tél./Fax : 05 22 50 30 31 E-mail : oumairabenk81@yahoo.fr

ORDONNANCE

Fait le 21/06/22

INPE :91181248

ICE :001841640000054

NOTE D'HONORAIRE

Mr/Mme/Melle Jova Myriam

A bénéficié ce jour d'une consultation

facturés d'un montant de 300,00 DM

Signature

Spécialiste en Hépatologie
Casablanca, Boulevard
Residence 455444, Immeuble 405, 2e Etage
Tél/Fax: 0522 50 30 31

Le: 21/06/22

ORDONNANCE

Mme JOUA MYRIAM

faire sur

Test respiratoire à l'urée
marqué au C^{13}





الدكتور (الفادري) محمد
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V
Ex. Attaché des Hopitaux de France

FACTURE N° : 220601018

CASABLANCA le 22-06-2022

Mlle JOUA Myriam

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
	Test respiratoire à l'urée (HP)	B600

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cents dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
DR KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél.: 0522 52 20 61



الدكتور (الفاوري) محمد
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7
Ex. Attaché des Hôpitaux de France

Date du prélèvement : 22-06-2022 à 11:18
Code patient : 2022062086
Né(e) le : 25-11-1998 (23 ans)



Mlle JOUA Myriam
Dossier N° : 2022062086
Prescripteur :

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

BACTERIOLOGIE

Test respiratoire à l'urée (HP)

Index T0 : -25.36
Index T30: -24.79
Index T30 - T0 0.60
Résultat: NÉGATIF

Interpretation:

Index T30 - T0 < ou = 5.0 : Test négatif

Index T30 - T0 > 5.0 et < ou = 10.0 : Test équivoque, à confronter aux données cliniques

Index T30 - T0 > 10.0 : Test Positif

Validé par : Dr. KADIRI Mohamed

LABORATOIRE MEDICAL
Dr KADIRI Mohamed
Tél.: 0622 62 20 61