

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

- 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.

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

M22- 0006496

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679 Société : RAN 127345
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELIDRISI Youssef
 Date de naissance : 20/04/1976
 Adresse : Rue 142 N°157 Ain chah casablanca
 Tél. : 0660250374 Total des frais engagés : 559 Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur Abdelkader ELMADI

Cachet du médecin :

MEDECINE GENERALE
 Echographie Générale
 153 Rue 25, Bâtiment 8
 Bine Lamdoun Casablanca
 Tél : 05 22 21 11 12 - NPE : 091057711

Date de consultation : 05 AOUT 2022
 Nom et prénom du malade : ELIDRISI Youssef Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : intoxication alcoolique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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.

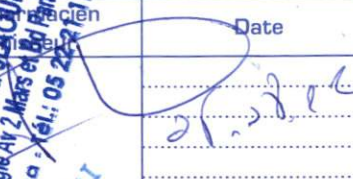
Fait à : NSR Le : 05/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

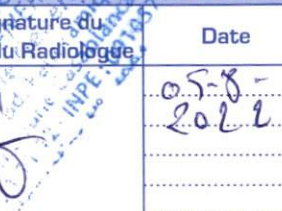
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05-8-2022		9	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05-8-2022	259,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05-8-2022	150,00	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

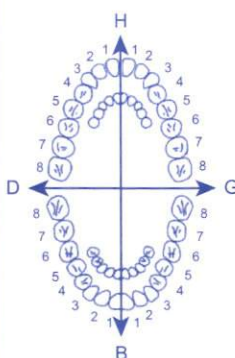
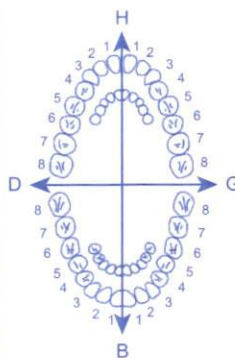
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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														
				CCEFFICIENT 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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

INPE : 091057711

N°

عدد

DH

درهم

1500

Reçu توصيل

Reçu de M. EL DJISSI Youssef توصيل من السيد

la somme cent cinquante mille بما قدره

de

pour enregistrement et paiement

CHABOUY ب

le 05 AOUT 2022

الإستضاء
Docteur Abdelkader ELMADJ
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

Docteur EL MADI Abdelkader

Médecine Générale
ECHOGRAPHIE

153, Rue 25, Bd, Panoramique
Bine Lamdoune - Casa
Tél.: 05 22.21.11.12
Autorisation N° 4994

INPE : 091057711

الدكتور عبد القادر المادي

الطب العام
الكشف بالصدى

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن
الهاتف 05 22.21.11.12 الدار البيضاء
رقم الرخصة 4994

NOM et PRENOM : EL MADI Youssef
Adressé (e) par Docteur :
Motif de consultation : contrôle de la grossesse

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE DU 05-7-2022

- Foie : contours : réguliers - Taille : normale
- échostructure : normale
- V.B. paroi : fine acoustique
- V.B.P. : la dilate
- V.B. I.H. : la dilate - V.P. : calibre Ab
- Reins : normaux

droit : gauche :

contours :

position :

dimensions :

différenciation corti-médul. :

différenciation parench-sinusale :

calcul :

dilatation pyélo calicelle :

appréhensible

- Rate : normale
- Pancréas : normale
- Utérus : contours : position : dimensions : L. cavitaires :
- échostructure :

- Ovaires : droit :
gauche :

- prostate : dimensions : échostructure :

- Vessie : paroi :

Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd, Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

Conclusion

Uterus normal
Grossesse normale
avec 1 fœtus vivant
à terme
avec présentation céphalique
et accouchement spontané
Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd, Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى
خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le : 05 AOUT 2022 في الدار البيضاء

Dr ELIDRISI Youssef

(S.V)

60,00
210

LOT : 7828
UT. AV : 03 - 24
P.P.V : 29 DH 00

68,50

APR 500, 4

(S.V)

1/2 unit
of CSML

67,50

59,30

MEGAS 100

(S.V)

1/2 unit

of CSML

LOT : 8119
UT. AV : 04-24
P.P.V : 58 DH 30

PERV140H60
PER 03/24
LOT 8119
74,60

46,00

Dr. Youssef ELIDRISI

1 unit
of CSML

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن

001778217000037 - رقم التعريف الموحد - 4994 - رقم الرخصة 05 22 21 11 12 - هاتف

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057

PERV140H60
PER 03/24
LOT 8119
74,60

88,50



Caroline

1 vx 2 et 4
mrs Mue
or C. Mue.

PPC : 75.00 DH	
Ut Av : 12-2024	Lot : D007P
IPHADERM	

88,50

Docteur Abdelkader ELMADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Generale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoun Casablanca
Tel: 05 22 21 11 12 - INPE: 091057711

PHARMACIE ANDALOUS
Rochid SLAOUI
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Cassa - Tel: 05 22 21 17 85

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى
خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le : 05 AOUT 2022 في الدار البيضاء

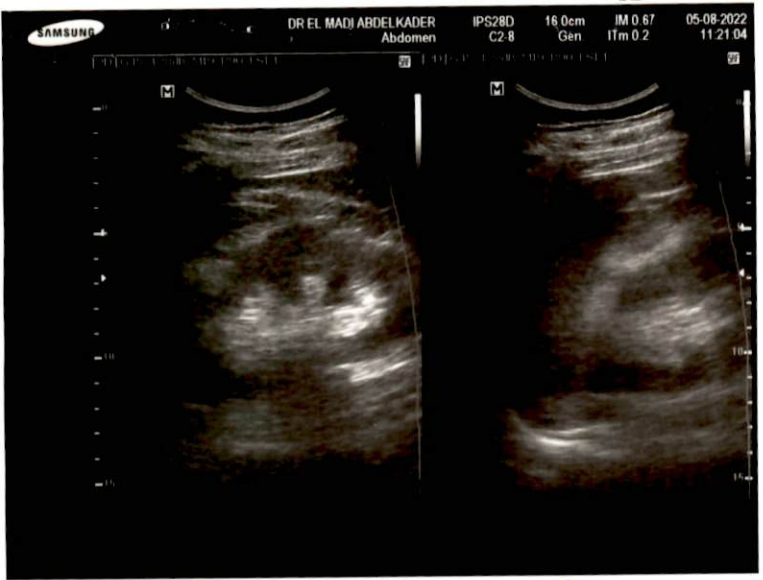
N° EL FORDISS Ynes

certificat de naissance

Echographie

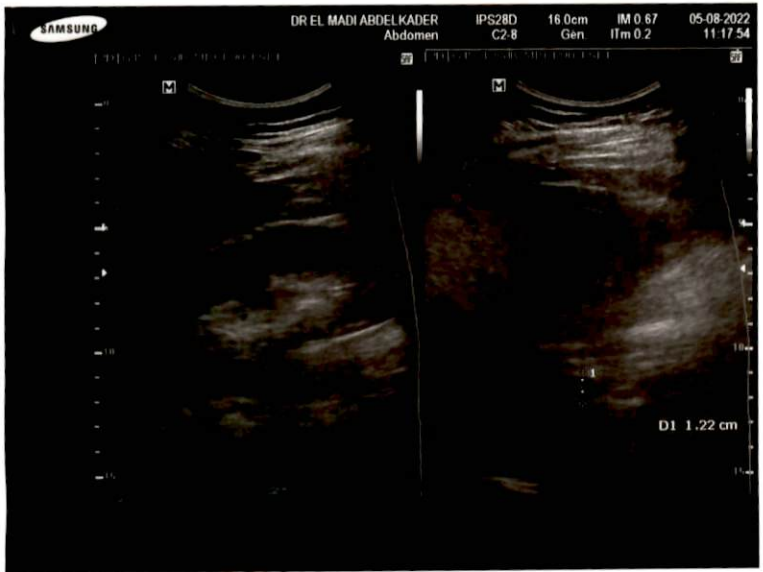
05/08/2022

Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE: 091057711



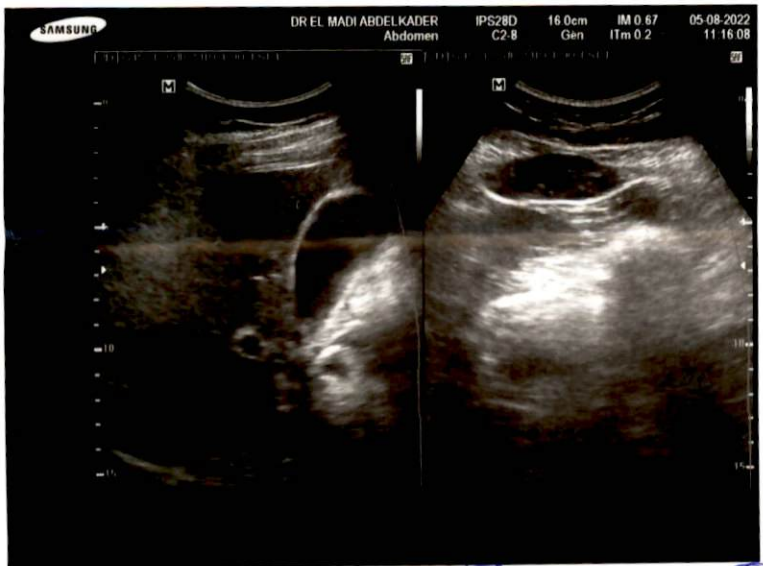
re

re



re

US



US

US