

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

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- N° 002237

131394

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAJOUY, Mohamed

Date de naissance : 21.02.1949

Adresse : 7ème Adresse

Tél. : 0666405005 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/09/22

Nom et prénom du malade : YOUSSEF MOHARI RACHIDA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affet. ORL

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 : 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
19/09/22		2	300,00	
26/09/22		1	16,00	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Montant de la Facture
19/09/22	378,50	
26/09/22	53,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
23.09.22	Echo	cert. cul	400,00

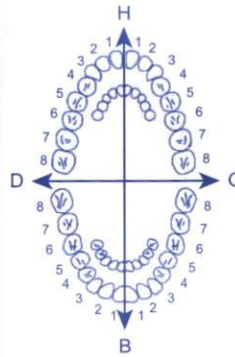
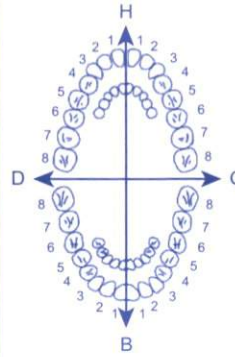
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Youni,
Mamad,
Nelson

17/9/11

LAPROPHAN
EFFIPRED 20 MG
PPV 40DH00
EXP 04/2025
LOT 1D018 11

PPV: 138,30 DH
LOT: 649724
PER: 03/24

ISTRIBUTOR:
العنوان
استيراد شركة ستار التجار
C. Str
BOTTU SA
PPC: 119 DH 00

LOT 39,90
PER / MAI 24
PPV 390 H 90

Docteur Fouad MEKOUAR

Spécialiste en O.R.L.
Clinique Beausedjour

INPE: 091112102

L1.30

Exon 2 =



29476

378,50

Docteur Eouad MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique Orl - Accueil
198, Bd. Chahidi - Casablanca
INPE : 091112102

PPV 41DH30
EXP 03/2024
LOT 23018 2

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI MOUMINA
6-7 Rue Ain Asserdoun
OUL - Casablanca
Tel: 05.22.36.24.65 / 05.22.36.26.69

مصحة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

4' you sh
nam
nam

26 (9/11)

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMNI MOUMNA
6-7 Rue Ain Asserdoun
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69



53,00
DAKTARIN gel buccal

3 F. 17 12,



Docteur Fouad MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique ORL - Beausejour
198, Bd. Ghandi - Casablanca
INPE: 091112102

مصحة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Youni
Mama
Moussa

19/9/21

edouard Caride



Docteur Fouad MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique O.R.L. Beausejour
193, Bd. Ghandi - Casablanca
INPE : 091112102

M U P R A S

N° Admission : 22009507 **N° Facture** : 22009255 **Date facturati** 23/09/2022

Nom et prénom du patient : **Mr YOUSFI MGHARI RACHIDA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO CERVICALE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : 400.00DH

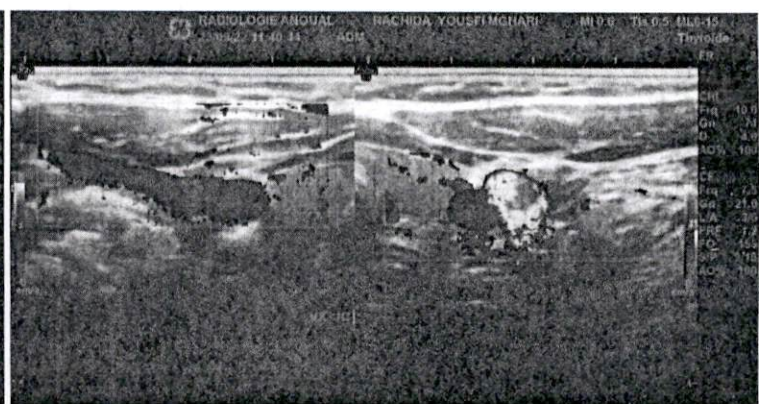
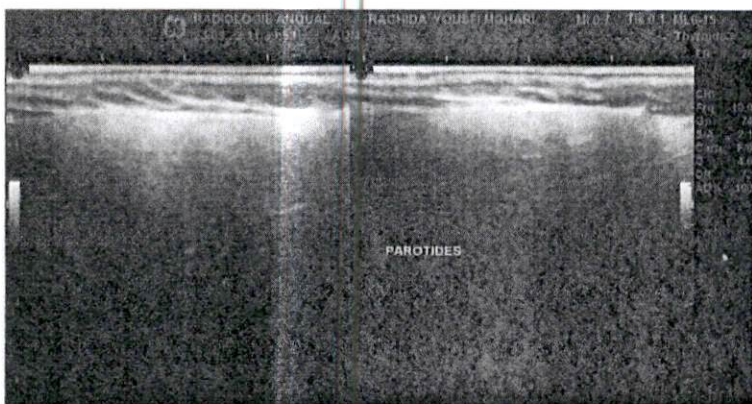
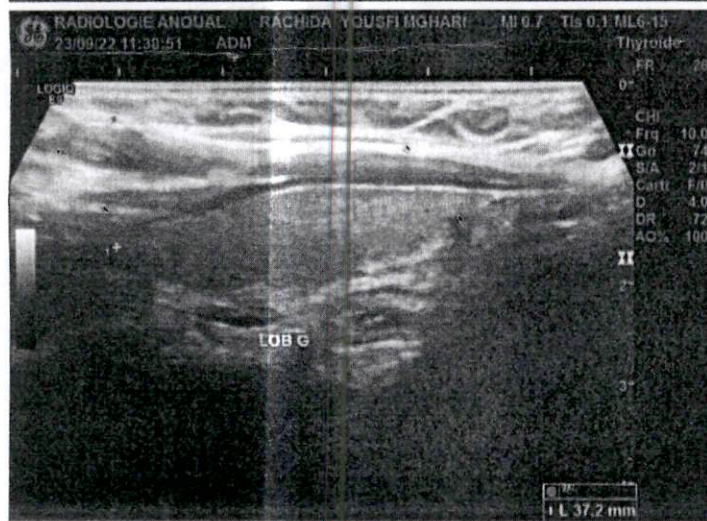
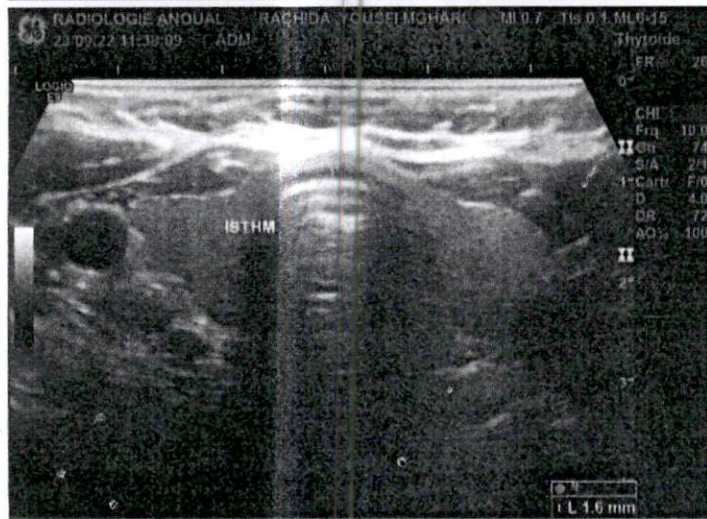
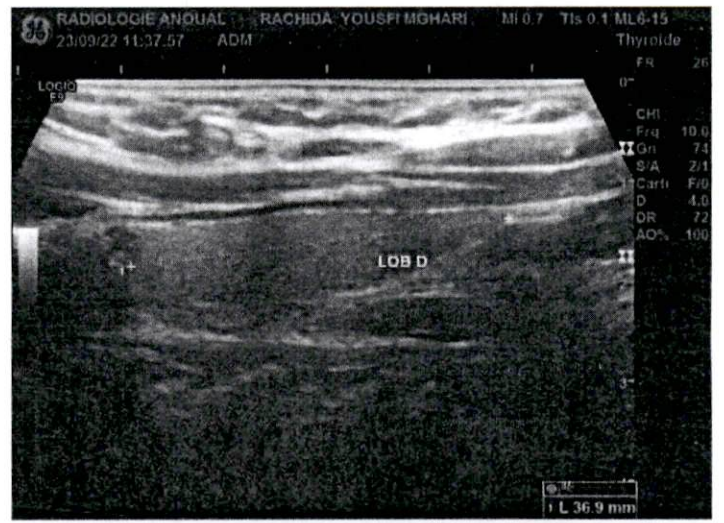
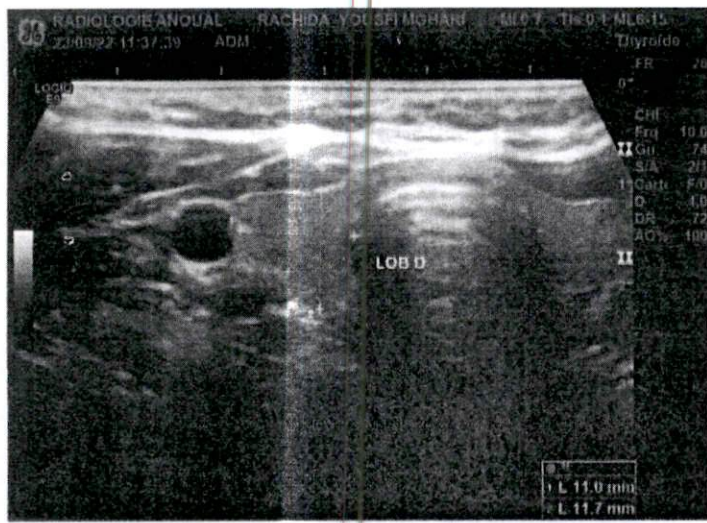
Adhérent : MR LAJOUMI MOHAMED

Part organisme : 0.00 DH

Mle : 0001061

Part patient : 400.00 DH

PC N° :



Casablanca, le 23 Septembre 2022

DR MEKOUAR FOUAD

MME. YOUSFI MGHARI RACHIDA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE CERVICALE

- La glande thyroïde est de taille normale.
- Le lobe droit mesure 37 x 11 x 12 mm
- L'isthme mesure 1,6 mm
- Le lobe gauche mesure 37 x 14,6 x 13 mm
- Son échostructure est échogène, homogène. Il n'y a pas de nodule visible.
- Les contours sont réguliers.
- Les glandes sous maxillaires et parotides sont d'échostructure normale.
- Il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

Conclusion :

Echographie cervicale ne révélant pas d'anomalie particulière avec aspect normal aussi bien des glandes salivaires que de la glande thyroïde.

DR. FARAJ HAMZA

