

## 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](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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0012744

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 133451

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL SANI Touni

Date de naissance : 10-12-1955

Adresse : 235 Bd YACOUB EL MAUSOM

Appt 9 Belousson

Tél. : 0601321731 Total des frais engagés : 4000 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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
09/09/22	soir facture		4000,00	
	N° 5721/22			

CLINIQUE AL MASSARA  
Rue Ahmed Mokri  
Tél: 06 61 39 40 11  
05 22 39 14 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ORIENT Mme LAKHSASSI TABBAGH Latifa 27 vacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 75 51	06/09/2022	171,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

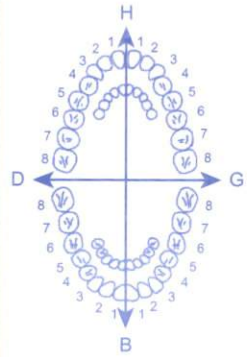
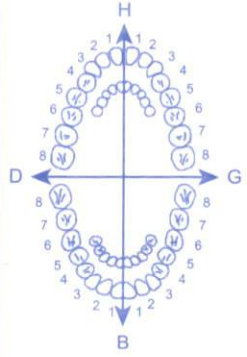
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(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

06/09/2022

EL SAFI Touria

131,60

- Spectrum 500



40,00 1 cf 20g - pd 10g

- Effipred 20



3 cf le matin pd 3g

صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Laïfa  
213, Bd Yacoub El M.  
Tél: 51  
Casablanca



171,60

صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Laïfa  
213, Bd Yacoub El M.  
Tél: 51  
Casablanca

Dr. EL WAFI

CI:6357

131, 60

500 ملغ  
عن طريق الفم



سيسيكتروم<sup>®</sup>  
سيرفلوكساسين

20 x 10

قرصا ملبسا

COOPER  
PHARMA

جدول (الائحة 1) / (Liste A) Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER

سيسيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser  
SPECTRUM pendant la grossesse  
يستحسن تجنب استعمال سيسيكتروم أثناء الحمل

مدة العلاج: ١٤ يوم  
زوال آلامه

من صنع / Fabriqué par

COOPER  
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca  
رقعة صفة الجبوري 20110 الدار البيضاء  
Pharmacie responsable :  
Amhina DAOUDI

Spectrum<sup>®</sup> 500 mg

Ciprofloxacin 20 Comprimés



6 118000 081937

Spectrum<sup>®</sup>  
ciprofloxacin

500 mg  
Voie orale

20 x 10

Comprimés pelliculés

CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2209071206140080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
8479/22	EL SAFI TOURIA	07/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2121548866 EL SAFI TOURIA	4 000,00
PAYANT	Total payé	4 000,00
QUATRE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : BERRADA

CLINIQUE AL MASSIRA  
5, Rue Ahmed MOUKHTAR - Casablanca  
Tél : 05 22 39 40 41  
Fax : 05 22 39 14 15



**Docteur Brahim EL WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

*Maladies et Chirurgies du :*

*Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*

**الدكتور إبراهيم الوافي**

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

**Le 06 Septembre 2022**

**Compte rendu opératoire**

**Nom et Prénom : EL SAFI TOURIA**

**Médecin traitant : DR EL WAFI**

**CRO :**

- sous anesthésie générale.
- Intubation oro-trachéale.
- Incision sous maxillaire jusqu'à la glande sous maxillaire.
- Dissection de la totalité de la glande
- Hémostase au bistouri électrique.
- Ligature du canal de WHARTON.
- Fermeture sur Redon en deux plans.

Adressé à l'Anapath

**Dr. Brahim EL WAFI**  
**Spécialiste en O.R.L.**  
Espace Erreda 52 Bd Zerktouni Etage 1  
(Face Marché des Fleurs) Casablanca  
Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

# CLINIQUE AL MASSIRA.

## F A C T U R E

N° : 5721 / 2022 du 07/09/2022

Nom patient **EL SAFI TOURIA**  
**PAYANT**

Entrée 06/09/2022

Sortie 07/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT K 50	1,00	FORFAIT	4 000,00	4 000,00
			<i>Sous-Total</i>	4 000,00
<b>Total Clinique</b>				<b>4 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	<b>Total</b>	<b>4 000,00</b>
QUATRE MILLE DIRHAMS		



# CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient	<b>EL SAFI TOURIA</b>		
Chambre :	<b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>EL WAFI</b>		
Prise en charge	<b>MUPRAS</b>		
Date entrée	<b>06/09/2022</b>		
Date sortie	<b>07/09/2022</b>	<b>10:08</b>	
Le caissier	L'infirmier	Le major	
Billet de sortie établi par B.ASMAA 07/09/2022 11:49 8479/22			

CLINIQUE AL MASSIRA  
5, Rue Ahmed Mokri N°4  
Tél: 06 61 39 40 41  
05 22 39 14 15