

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 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.

M22- 0012744

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5672 Société : 133451

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL SAFI TON RIN

Date de naissance :

10/12/1955

Adresse :

935 Bd YACOUB EL MANSOUR

Appt 9

Belvédère

Tél. : 0661321731 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) : 

RELEVE 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
10/01/22	Sur facture N° 5521122		1000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE L'ORIENT Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa Dr Yacoub El Mansour - Casablanca 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

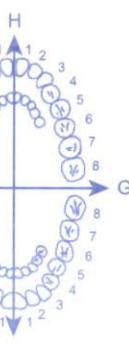
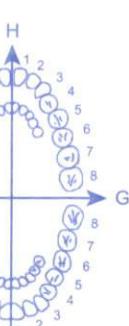
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	G												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Clinique Al Massira

مصحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

06/09/2022

EL SAFI Tounia

131,60

- Spectrum 500



40,00 - 1 g 2x pd 10
- Effipred 20



3g le matin pd 3.



= 171,60

PHARMACIE DE L'ORIENT
Casablanca
Mme LAKSASSI TARSAR
36, Avenue Mansour El Bachir Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

B. EL WAIFI

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca
Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15

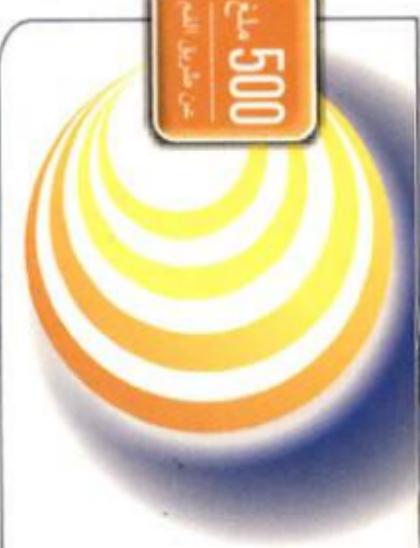
CI:6357

131, 60

500
مل. مل
عمر طرطش

20 x

قرصا ملبيسا



سيبروفلوكساسين
Spectrum®

Tableau A (Liste I) / [1] (إذن)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصى بها

COOPER
PHARMA

Fabriqué par / من صنع
COOPER
PHARMA

Spectrum®
Ciprofloxacin 20 Comprimés

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
زنقة محمد السادس 20110 الدار البيضاء

Uniquement sur ordonnance
فقط بمقتضى وصفة طبية

Pharmacien responsable :
Amina DAOUDI


SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سپکتروم + باره = خطر
Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse
يُنصح بتجنب استخدام سپکتروم في التلقيح



Spectrum
ciprofloxacin

500 mg
Voie orale

Comprimés pelliculés

20 x

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 MOUNA N°4 - 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 بraham الوافي

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الحنجرة - الأنف - 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 orotrachéale.
- 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 Zerkouni 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** Entrée **06/09/2022**
PAYANT 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
Total Clinique				4 000,00

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



CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

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

