

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

M22- 0036058

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDIDANE Nd

Date de naissance : 12-9-60

Adresse : Tanger

Tél. : 0661 084791 Total des frais engagés : 172,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL KIL
Gynécologue - Obstétricienne
Résidence Al Maârif 2 - Rue Ibnou K.
ESC 6 1er Etage N° 20 Maârif Extérieur
Tél : 05 22 99 67 74 - Casablanca
Urgence : 06 62 74 77 73

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENDIDANE Nd

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

Nature de la maladie : Vascularose

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

ACCUEIL 11 NOV. 2022

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
04 10 22	2		250	Dr. EL KIL Gynécologue - Obstétricien Résidence Al Mawlid 2 - Rue Ibn Khaldoun ESG 1er Etage N° 74 - Casablanca Tél : 05 22 99 47 74 - 05 22 74 77 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAJ EDDINE Rue Echahid Benlachen n° 568 Hay Branes I - TANGER T4 05 39 31 18 27 INPE: 162102628	04-10-22	277.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES ET DE DIAGNOSTIC 400, Boulevard de l'Indépendance - Maârif Tél: 05 22 23 50 50 - Fax: 05 22 23 50 50 Email: r.roland@hotmail.fr	05/10/22	Gamma Toms Ech	1200 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

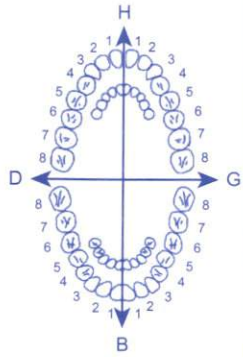
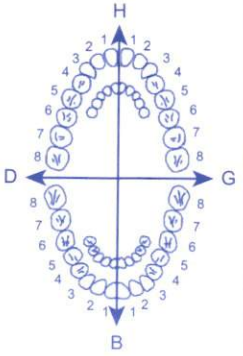
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				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 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 <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

Dcteur EL KHADIME Amina
Ep. Belmejdoub

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
ستراسبورغ (فرنسا)

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Lauréate de la Faculté de Médecine
de STRASBOURG (France)

Pharmacie TAJ EDDINE
Rue Echahid Benlahcen n°568
Hay Yannes I. TANGER
T: 05 39 31 18 27

Casablanca, le: 04/10/22

- Chirurgie
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine fœtale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

N = TAJ - EDDINE

OVA TA

63.604 33.80

Loft Stangier SV

100.00 x 2 2 x 10

Requiem SV

277.40

2 x 10 2 x 10

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tel.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

MA 21 REV 01

Repadina®
Crème

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 0,2%

Crème à usage externe

PPC : 90.00 DH

MA 21 REV 01

Repadina®
Crème

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 0,2%

Crème à usage externe

PPC : 90.00 DH

Colpotrophine®

PRŌMESTRIENE

كولبوتروفين®

بروميسترين



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إحترم الجرعات الموصوفة

NE PAS AVALER

لا ياكل

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

A conserver à une température inférieure ou égale à 25° C

يحفظ في حرارة تقل أو تساوي 25 درجة مئوية

20 CAPSULES GYNÉCOLOGIQUES
20 كبسولات مهبلية

Exp Date

MAI 2023

Lot/Batch

8P953

maphar

Km 10, route côtière 111

quartier industriel, Zenata - Aïn Sebaâ

Casablanca - Maroc

COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 20

P.P.V.: 63DH60

6 118001 180707

COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 20

Titulaire de l'AMM au Maroc :

maphar

km 10 ,route côtière 111, quartier industriel ,

Zenata -Aïn Sebaâ

MAROC

Colpotrophine®

PROMESTRIENE

كولبوتروفين

بروميستريين



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام المبرعات الموصوفة

NE PAS AVALER

لا يُبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE- LISTE II

فقط بوصفة طبية - لائحة II

A conserver à une température inférieure
ou égale à 25°C

يحفظ في درجة حرارة 25 درجة مئوية أو أقل

Exp Date
SEP 2023
Lot/Batch
8P986A

maphar
Km 10, route côtière 111
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ
Casablanca - Maroc
COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 10
P.P.V : 33DH80
6 118001 180691



Titulaire de l'AMM au Maroc :
Maphar, Km 10 route côtière 111,
Quartier industriel, Zenata - Ain Sebaa, Maroc



مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 05/10/2022

FACTURE N° : FA:00 9269/22
Nom : TAJEDDINE OUAFA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

300,00 Dhs

MAMMO-TOMOSYNTHESE

900,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement : CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324



CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

Date de l'examen : 05 / 10 / 2022
NOM : T. A. J. EDDINE OUEFA
Date de naissance ou Age : 58 ans
Médecin traitant :

Date des dernières règles : /
Nbre d'enfants : 2

Ménopause : Oui ☒ Non ☐

Traitement hormonal (traitement de la ménopause) Oui ☐... ..

ATCD personnel du maladie du sein : RAS'

ATCD FM de cancer du sein : Non ☒ Oui ☐

Degré de parentés :

Mammographie antérieure : non ☐ oui ☒ date :

Réserve aux médecins

Clinique : Nodule ☐ Autre :
 Mastodynie ☐
 Ecoulement ☐

Mammo remarque
.....
.....

Fin du traitement / /