

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- 0006225

MUPRAS
RECEPTION

137811

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1770

Société : Retraite RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouqri Mohamed

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : HOTEL Wafa H 256 DERBOUA

Tél : 06 69 78 25 90 Total des frais engagés : 200 DH + 150 + 322,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : Bouqri Mohamed

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Goutte

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 : DERBOUA

Le : 05 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/11/2022 | Q | | 15000 |  INPE: 061253688 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  PHARMACIE NOUR EL IMAME Dr. ELBADOUTImane Manzeh 2 N°44 Geroua Tél: 05 10 35 07 57 | 05/11/2022 | 332,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|--------------|------------------------------|------------------------|
|  | 09 NOV. 2022 | 220 | 200,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

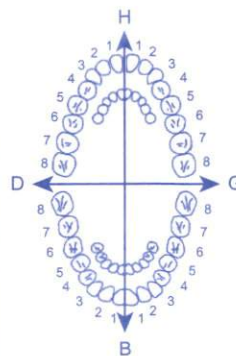
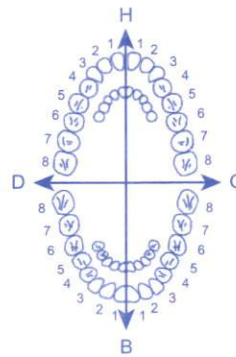
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hamza JAMI
OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin Interne
au CHP Ben M'sik.



الدكتور حمزة جامي
الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمركز الإستشفائي بن امسيك

الدعوة، في: 05/11/2022
Deroua le :

Booufou Mr. Hamza

45,80

11

Insuline  x 0,1


47,50

21

Doxycycline  x 1

109,100

31

Chondro San  x 2


32230  x 2

صيدلية نور الإيمانه
PHARMACIE NOUR EL IMANE
Dr ELBAOUD ROUTIMANE
Manzeli 2 N° 44 Deroua
Tel : 05 20 35 07 57

252، الطابق الأول، تجزئة الوحدة 2، أمام مختبر التحليلات الدروة

252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.

الهاتف: 0522 036 000


 20 قوسا قبل الكسر
 20
 20
 LOT 221388 1
 EXP 05 2027
 PPV 45 80

LOT 223073
 EXP 02/25
 PPV 77DH50

Lot / A consommer
 de préférence à
 CD063 0425
 LOT PER
 K CI Prix
 199.00

Dr Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.

Ancien Médecin Interne
au CHP Ben M'sik.



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن امسيك

الدراسة، في: 05/11/2017
Deroua le :

Bouf. Mohamed

Dr. Hamza Jami

36-38 Rue Tarik Elmou Zied Berrachid
Tél : 05 22 33 83 79 / 08 03 35 12 64

Dr. AL AZZAOUI

CENTRE DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
252, 1er étage, Lot ALWAHDA
Deroua - Tél : 0522 036 000

252, الطابق الأول، تجزئة الوحدة 2، أمام مختبر التحليلات الدروية

252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.

الهاتف: 0522 036 000

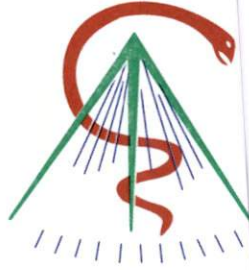
مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIÖDIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GÉNÉRALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PÉDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

Nom et Prénom : BOUGRIN MOHAMED
Examen Pratiqué : Rx genou gauche f/p

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU:

- Gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire modérée
- pas d'image lytique ou condensante décelable

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAoui

36-38 Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64
Dr. Ali AZZAoui
Centre de Radiodiagnostic Berrechid

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

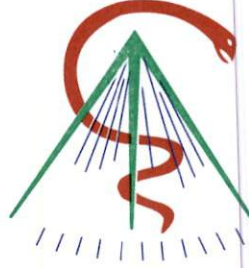
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

09 NOV. 2022

Facture A014/2022

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratiqué : Genou gauche f/p

Nom et Prénom **BOUGRIN MOHAMED**

Pour la somme 200.00 DH

deux cents dirhams

Signé : DR. A.AZZAoui

36-38 Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64
Dr. Ali AZZAoui
09 NOV 2022

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64