

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° 002436

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11879 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BESSARA ASSIA

Date de naissance : 24/01/1977

Adresse : Rue chahab dekhali Résidence Lina

Apt 5 Kenito

Tél. : 0661210119 Total des frais engagés : 819,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. JOUDA BEN OUMAR
Spécialiste Pneumologue
Tél : 06 67 67 67 48

Date de consultation : 21/11/2023

Nom et prénom du malade : M. BESSARA ASSIA Age :

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

Nature de la maladie : ALC

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : RAJ Le : 21/11/2023

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
Hopital Service Administration - Facturation - N°38 Hopital Universitaire	Hopital Service Administration - Facturation - N°38 Hopital Universitaire			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2.11.23	319,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24.11.23	2x	200 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

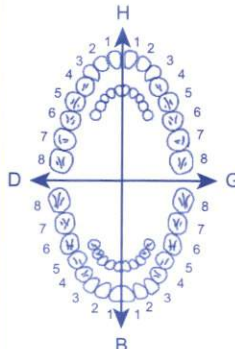
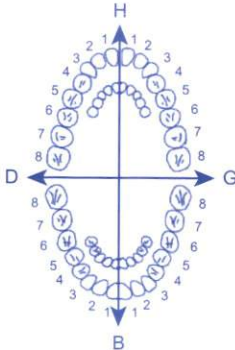
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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>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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Rabat, le 21-11-2023

Docteur

Do 2, m^a BESSABRA ASSIA

1.1/ Physion → an HUMER. achille

MS, is approx 315 x 105

2/ AvAmyJ.

No 2, 6 1 app's
32/ Aeris

32/ Aeris

Pharmacie Centre Ville
Dr. BEN MILSSAOUD FOUAD
Tel.: 05 37 37 67 29 / Kenitra

Dr. JOUDA BEN OMAR
Spécialiste Pneumologue
Tel : 06 67 67 67 48

LOT: 111
PER: JUN 2025
PPV: 102 DH 60

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124

ID: 652188
6

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

118001 142262



HUMER

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.

Sidi Bernoussi, Casablanca

Humer Hyg Nez Adult F150

PPC 102,00 DH



BON DE RADIOLOGIE

Date 21/11/2023

Etiquette

Nom : BESSASRA

Prénom : ASSIA

Age / Sexe : _____

Antécédents : _____

Renseignements Cliniques : _____

Examens demandés : _____

Dr. BENAMOR Jouda
Spécialiste en Pneumologie
INPE 101109924
Hôpital Cheikh Zaïd

Médecin Demandeur :

AVENUE HASSAN II
DR TAÏEB BASSMA
Tél : 05 37 36 58 00
Gsm : 06 66 09 44 08
Hassan II Résidences
Marrakech

Rhinite ??

Toux.

Rachy lumbalg.

Dr Taïbi Basma

Spécialiste en imagerie médicale
et radiologie interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

مركز الفحص بالأشعة

الدكتورة بسمّة الطيبي

أخصائية في الطب الإشعاعي
والتداخلي

خريجة كلية الطب بالرباط

FACTURE

Patient(e) : BESSASRA ASSIA

Date : 24/11/2023

N° Facture : 3479

NATURE DE L'EXAMEN	Consommable	Prix d'examen
THORAX	.00	200.00

Montant Total : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200

Type de paiement : Espèce



Dr Taibi Basma

Spécialiste en imagerie médicale
et radiologie interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Nom du patient: Mme .BESSASRA ASSIA

Le: 24/11/2023

Médecin traitant: DR.JOUDA BEN OMAR

Cher confrère, Tout en vous remerciant de votre confiance, veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RADIOGRAPHIE DU THORAX

Techniques : Incidence de face

Résultat :

- ☐ Discret syndrome bronchique hilo-basal bilatéral.

Par ailleurs :

- ☐ Absence de lésion parenchymateuse pulmonaire d'allure évolutive.
- ☐ Silhouette cardiomédiastinale sans anomalie.
- ☐ Absence d'épanchement pleural.
- ☐ Absence d'anomalie des structures osseuses et des parties molles.

DR TAIBI BASMA.



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

2:938.637

IPP : 1 674 584 N° de dossier : C234190004

DI : 3 357 841

Patient : BESSASRA ASSIA

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)



Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 21/11/2023

Description :

Medecin : C0421 BENAMMOUR JOUDA

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2236910