

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.



Declaration de Maladie

N° W21-806823

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7681 Société : *Coum*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 187273

Nom & Prénom : ROUKA FEUAD

Date de naissance : *11/01/1975*

Adresse : N° 4 Rue de la Nouris B H-9

Tél : 0623648977 Total des frais engagés : 976,1 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr BOUNADI EL HASSAN*
Dermatologue - Vénérologue
46, Rés. Sana 1er Etage Bd. Med V
Tél : 05 35 93 19 00

Date de consultation : *11/01/2023*

Nom et prénom du malade : *LASBOU S. ABD* Age : *48*

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

Nature de la maladie : *mycoses + m. cancé*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, l'adhérent s'engage à verser sous pli confidentiel à l'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *M. 13 DEC 2023* le : *11/01/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-806823

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 7681
Nom de l'adhérent(e) : ROUKA
Total des frais engagés : 976,1

Adresses Mails utiles

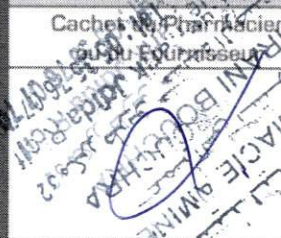
- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.


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
07/11/23	C		Gratuit	INP : 141281204

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2023	876,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/11/2023	B50	100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

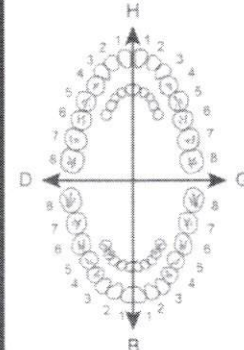
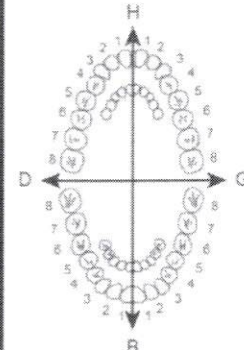
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXE

DOCTEUR BOUNADI EL HASSANE
DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies de la peau
des cheveux et des ongles
Maladies sexuellement transmissibles
Allergie de la peau
Chirurgie dermatologique
Médecine esthétique - Laser
Ancien chef de services de dermatologie
à l'hôpital Omar Drissi Fès



الدكتور بونادي الحسن

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية
أمراض الشعر والأظافر ، حراثة الجلد
حساسية الجلد ، طبع وجميل ، الليزر
رئيس قسم الأمراض الجلدية سابقا
بمستشفى عمر البشير بفس

Fès, le 07/11/2023

LASBOU SAIDA

19900 x2

1 - Terfine 250 blé 28: 2 blés

1 c p 1 j le soir pendant 28 jours

39200

2 - Coceryl Vermis

1 app 1 semaine

3 - Aclan 1g Sachet

13200

1 sachet x 21 j

4 - coccidine pommade

2500

1 app 2x j

876,00

LOT : 2993
PER : 03-25
P.P.V : 132DH00

LOT: 231405
PER: 01-2026
PPV: 25.00DH

Dr BOUNADI EL HASSANE
Dermatologue - Vénérologie
46, Rés. Sara 1er Etage Bd. Mohamed V
FES - ☎ 05 35 93 19 00

Lot N°

PPV

Exp

199,00

Lot N°

PPV

Exp

199,00

Locéryl®

amorphine

7 jours

(م)

أمورولفين

LOCERYL 5%

Vernis à ongles médicamenteux

Flacon de 2,5 ml

AMM N° 07 DMP/21/NCN

PPV: 321,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



TIRER POUR OUVRIR

اسحب لفتح العلبة

DOCTEUR BOUNADI EL HASSANE
DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies de la peau
des cheveux et des ongles
Maladies sexuellement transmissibles
Allergie de la peau
Chirurgie dermatologique
Médecine esthétique - Laser
Ancien chef de services de dermatologie
à l'hôpital Omar Drissi Fès



الدكتور بونادي الحسن

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية
أمراض الشعر والأظافر ، جراحة الجلد
حساسية الجلد ، طب التجميل ، الليزر
رئيس قسم الأمراض الجلدية سابقا
بمستشفى عمر الدريسي بفاس

Fès, le 07/11/23

CASBOU SARDA

Tray amir nelt



Dr BOUNADI EL HASSAN
Dermatologue - Vénérologue
46, Rés. Sara 1er Etage Bd. Med V
FES - ☎ 05 35 93 19 00



مختبر بوعياڊ للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BOUAYAD

Dr. Karim BOUAYAD

Spécialiste en Biologie Médicale

Diplômé de l'Université Cheikh Anta Diop - Dakar
Ancien des Hôpitaux de Dakar et de Fès

INPE BIOLOGISTE : 147163885

د. كريم بوعياڊ

اختصاصي في التحاليل الطبية

خريج جامعة الشيخ أنطا ديوب - دكار
ممارس سابقا بمستشفيات دكار و فاس

FES le: 07/11/2023

FACTURE N° 13433/2023

Médecin

Docteur BOUNADI EL HASSANE

Nom du patient

MME LASBOU SAIDA

Examens

- TR

Cotation

B 80

Montant

100,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CENT DIRHAMS



رقم 3 إقامة بسملة شارع مولاي رشيد - قرب مرجان ماركت طريق صفرو - فاس
N° 3 Rce Basma Av. Moulay Rachid (à côté de Marjane market Rte de Sefrou) - Fès

Tél / Fax : 05 35 76 80 68 - Gsm : 06 51 24 09 42 - E-mail : laboratoirebouayad@hotmail.com

I.F: 19050540 - T.P : 13000012 - CNSS : 6934683 - ICE : 001544747000085 - INPE : 143061539



مختبر بوعياذ للتحليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BOUAYAD

Dr. Karim BOUAYAD

Spécialiste en Biologie Médicale

Diplômé de l'Université Cheikh Anta Diop - Dakar

Ancien des Hôpitaux de Dakar et de Fès

INPE BIOLOGISTE : 147163885

د. كريم بوعياذ

اختصاصي في التحليلات الطبية

خريج جامعة الشيخ أنتا ديوب - دكار
ممارس سابقا بمستشفيات دكار و فاس

Prélèvement du : 07/11/2023 à 09:49

Résultats édités le: 07/11/2023



MME LASBOU SAIDA

Dossier N° 23G131

Prescripteur: Docteur BOUNADI EL HASSANE

Page: 1/1

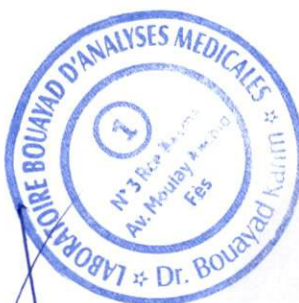
BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Automate Beckman Coulter AU-480)

Valeurs de référence

TRANSAMINASE GOT (ASAT)	23,00	U/1	Inf à 45,00 U/1
Antécédent du 06/07/23 - 09:28 :	22,00 U/1		
TRANSAMINASE GPT (ALAT)	21,00	U/1	Inf à 41,00 U/1
Antécédent du 06/07/23 - 09:28 :	25,00 U/1		

Total de pages: 1



رقم 3 إقامة بسمة شارع مولاي رشيد - قرب مرجان ماركت طريق صفرو - فاس
N° 3 Rce Basma Av. Moulay Rachid (à côté de Marjane market Rte de Sefrou) - Fès

Tél / Fax : 05 35 76 80 68 - Gsm : 06 51 24 09 42 - E-mail: laboratoirebouayad@hotmail.com

I.F: 19050540 - T.P : 13000012 - CNSS : 6934683 - ICE : 001544747000085 - INPE : 143061539