

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

- 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

N° W21-810343

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1825 Société : 190758

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEUSALMA Zouaida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2-11-2012

Nom et prénom du malade : BEUSALMA Zouaida Age :

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

Nature de la maladie : Endopathie

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

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
30/10/23	Consultation		300 DH	
	Perforation		200 DH	
	Nettoyage		200 DH	

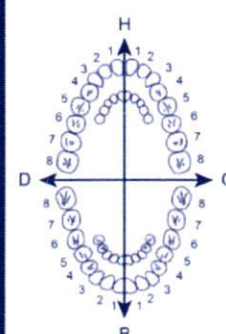
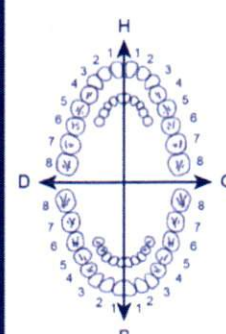
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/10	DM	1600 DH
	2023	Thoracique	

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.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	<input type="text"/>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



060065240

Lot 40 Lotissement ISMAILIA
Berrechid - Tél.: 06 51 75 96 74

ORDONNANCE

Bensalim

Zoubida

Berrechid, le

30/10/23

222,100

① Augmentin 1g sachet

1 sachet x 31; / 40;

149,100

② TAVANIC 500g

x 21; / 5;

20,100

③ Doli Grippe sachet

1 s x 31;

11,800

④ Doli prane 500g effrt

1 cp x 31;

PPV: 222,00 DH
LOT: 651875
PER: 02/25



ugmentin, act...
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V : 145,00 DH
6 118001 080670

PPV: 20DH00
PER: 07/26
LOT: M2654

PPV: 1,50 DH00
PER: 05/26
LOT: M1859

79.10

9/ Fito polis sirap.

7 CAS x 4 l;

8-482,30

CLINIQUE AL HAKIM
Lot. 40 Lotissement Ismailia
Berrechid-Tél: 06 52 22 33 75 37
Dr. EL HADLOUSSI Abdelaziz
Médecin Réanimateur

Dr. EL HADLOUSSI Abdelaziz
Médecin Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél: 06 52 22 33 55 57 / 05 22 33 75 37
RNPE : 061311809

Pharmacie Berrechid
Halima Marrakchi Pharmacienne
93 Med Mohamed V Berrechid
Tél : 0522324068



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



060065240

FACTURE N°390/23

Berrechid, le 30/10/2023

Nom : BEN SALMIA

Prénom : ZOUBIDA

CONSULTATION : 300.00 DHS

PERFUSION : 200.00 DHS

NÉBULISATION : 200.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :

« SEPT CENT DIRHAMS »

CLINIQUE AL HAKIM
مصحة الحكيم
Lot. 40 Lotissement Ismailia
Berrechid-Tél.: 06 61 75 96 74



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid le 30/10/2023,

FACTURE N° 2507/2023

PATIENT : BENSALMIA ZOUBIDA

EXAMEN : TDM THORACIQUE

HONORAIRES : 1600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE SIX CENTS DH

PATENTE N° : 40702390

ICE : 001533090000059

Signé :

CLINIQUE CHAOUIA
3 Rue Okba Ibnou Nafie - Berrechid
Tél : 05 22 33 66 22 - Fax : 05 22 32 57 58
E-mail : clinichaouia@gmail.com



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



060065240

Zoubido
Bensalimia

ORDONNANCE

Berrechid, le 30/10/23

TDM thoracique C-

Patiente Agée de 66 ans.

AT CD = 0.

Achive pour sd Grippal
avec Désaturation à 80%.

Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba Ibnou Nafie
Berrechid
INPE:061256798

CLINIQUE AL HAKIM
Lot. 40 Lotissement ISMAILIA
Berrechid-Tél.: 06 00 65 240



مصلحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

RECU

Nom : BENSALMIA

Prénom : ZOUBIDA

LA SOMME : 1600.00DH

Arrêté le présent reçu à la somme de

« MILLE SIX CENT DIRHAMS »

BERRECHID : 30/10/2023

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.58



مصحة الحكيم

Clinique AL HAKIM



Berrechid, le : 30/6/2023

COMPTE-RENDU

Nom et Prénom : BEN SALAH Zoubida

Diagnostic : Pneumopathie

Traitement :
es
parf
ox
Nébulisation

Signature

C. ELHADLOUSSI Abdelaziz
Anesthésiste Réanimateur
Clinique AL HAKIM
Tél : 05 22 53 55 57 / 05 22 53 75 37
INPE : 0612512809



Berrechid , 30/10/2023

PATIENT : BENSALMIA ZOUBIDA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

Examen scannographique réalisé en acquisition volumique de 5mm reconstruite en 1 mm sans injection de produit de contraste avec reconstructions 3D.

RÉSULTAT : *Examen artefacté par les mouvements respiratoires de la patientes*

- Absence de foyer de condensation parenchymateux systématisé.
- Absence de plage en verre depoli.
- Absence de nodules ou de micronodules parenchymateux.
- Absence d'adénopathie médiastinales ou hilaires.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
- Épaississement de la grande scissure associé à un discret épaississement mamelonnées postérieure bilatérale.
- Surrénales d'aspect normal.
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte.

AU TOTAL:

Absence d'atteinte intraparenchymateuse.

Épaississement scissural droit et pleural postérieur bilatéral; A confronter aux données clinico anamnestiques.

Confraternellement
Dr. K. ELKHADIR
Méd. Radiologue
Clinique Chaouia
3, rue Okba Ibnou Nafie
Berrechid
INPE.061256798