

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

N° P19- 046177

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7672 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADIK ABDERRAHMAN

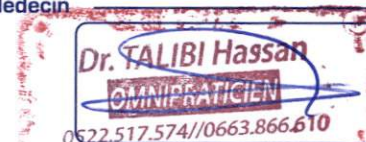
Date de naissance : 01/11/1961

Adresse : 309 H LOT EL WAFI DE ROUA

Tél. : 0673 985681 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 Janv 2024

Nom et prénom du malade : Zine Eddine Alioussi Lotifa Age : 19 ans

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

Nature de la maladie : 4 kystes SÈRES

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 JAN. 2024

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 : DE ROUA Le : 23/01/2024

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
22 Janv 2024		—	2000	
22 Janv 2024	K50	—	1500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MOSTAAJALAT HAJ TAHR - DERGUA Tél: 06 22 51 58 43 INFE : 06206242X	22/01/24	251.60

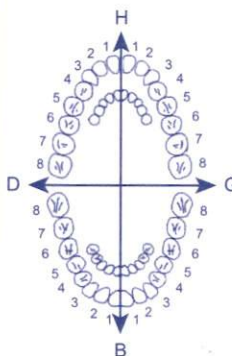
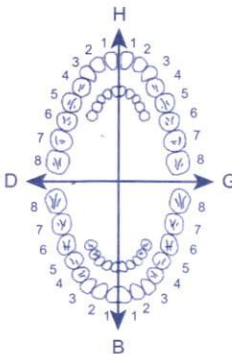
[illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

الطب العام



- Diplôme Universitaire en Rhumatologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Pathologies Rachidiennes (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
- Diplôme Universitaire en Diabétologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Santé Mentale (UM6SS - CASA)
- Diplôme Universitaire en Gériatrie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Médecine de SPORT (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Lasers Médicaux A visée Esthétique (Paris - France)

- دبلوم جامعي في امراض العظام و المفاصل (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في امراض العمود الفقري (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الجراحة الجلدية (الرباط)
- دبلوم جامعي في مرض السكري (بورجو - فرنسا)
- دبلوم الصحة النفسية (جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - الدار البيضاء)
- دبلوم جامعي في طب الأشخاص المسنين (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الطب الرياضي (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الليزر الطبي (باريس - فرنسا)

22/01/2024

MME ZINEDDIN LIDRISSI LATIFA

- **Ecoclav 1g - sachet (non substituable par Equivalent)**
1 sachet x 2/jour après repas x 6 jours

- **VOLTFAST 50 mg - sachet**
1 sachet x 3/jour x 3 jours

- **Agiderm 2 % - pommade**
1 Application 3 à 4 fois/jour

- **SEDASTERIL Spray antiseptique**
1 Application au changement du pansement



LOT : 151
PER : 05/26
PPV : 25,00 DH

0 جرام
15 جم

ACIE AL MOSTAJJALAT
HAJ TAHR - DERGUA
Tel: 05 22 51 58 43
INFE : 062062427



VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour
solution orale

PPV : 49.70 Dhs

23070
07.200
870490



M1288 0627

LOT PER

Prix 89-00

0633 275 252 | 0520



Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

الطب العام



- Diplôme Universitaire en Rhumatologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Pathologies Rachidiennes (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
- Diplôme Universitaire en Diabétologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Santé Mentale (UM6SS - CASA)
- Diplôme Universitaire en Gériatrie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Médecine de SPORT (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Lasers Médicaux A visée Esthétique (Paris - France)

- دبلوم جامعي في امراض العظام و المفاصل (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في امراض العمود الفقري (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الجراحة الجلدية (الرباط)
- دبلوم جامعي في مرض السكري (بورجو - فرنسا)
- دبلوم الصحة النفسية (جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - الدار البيضاء)
- دبلوم جامعي في طب النشخص المسنين (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الطب الرياضي (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الليزر الطبي (باريس - فرنسا)

22/01/2024

MME ZINEDDIN LIDRISS LATIFA

COMPTE RENDU

DIAGNOSTIC :

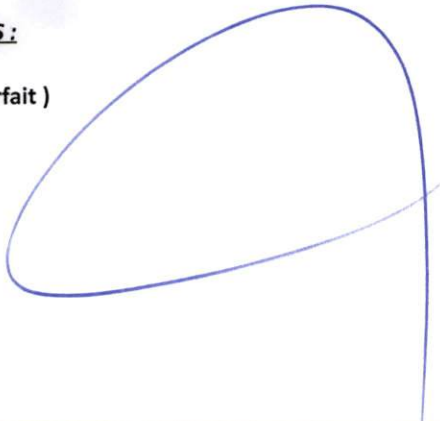
- 4 Kystes sébacés du cuir chevelu augmentant progressivement de volume

ACTE :

- Anesthésie locale.
- Exérèse du kyste.
- Suture au fil résorbable

HONORAIRES :

1500 DH (forfait)



زاوية شارع محمد الخامس و زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، الدخول A الطابق النول، شقة 1، برشيد

الهستجبلات : 0633 866 610

0633 275 252 | 0520 021 204 | 0522 517 574