

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

N° M21- 068651

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEM MAT MOHAMMED

Date de naissance : 08/04/1958

Adresse : HABITUELLE

Tél : 06 19 01 57 47 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12/2013

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Surpoids d'importance moyenne

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 : DEKOU

Le : 21/12/2014

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
09/11/2023	S		6	
18/11/2024	S		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMMA Derooua Tél: 05 22 53 20 54	18-11-24	1 M, 65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE DE RADIOLOGIE DEROUA SISSEMENT N°11 DEROUA ENRECHID - Tél: 05 22 03 75 85	16.01.2024	edre Daphn Vieunne de MI	800DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

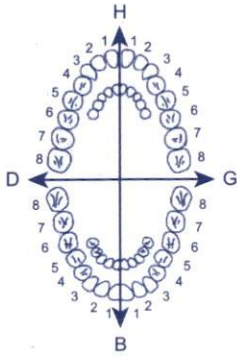
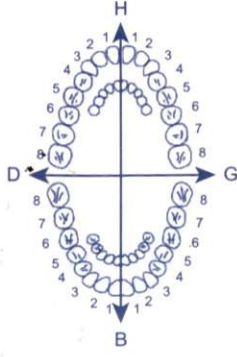
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénéréologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besancon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر
اختصاصية في الأمراض الجلدية و التاسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل و الليزر من جامعة بزنسون
فرنسا
أمراض الجلد، الشعر و الأظافر - الحساسية - جراحة الجلد
طب التجميل - الليزر

Le :

18/01/2024

au Dr. Zaver.

PHARMACIE EL COUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Tél/Fax : 05 22 53 20 54

56³⁰

D - Cure Vit D - Aurore 2r.000.

1 ampoule 145 ps pendant 3 mois

PHARMACIE EL COUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Tél/Fax : 05 22 53 20 54

M2.00

Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénéréologue
3, Bd Mohamed V, 2ème étage, Berrechid
Tél/Fax : 05 22 32 44 77

PPV: 56,30 DH
LOT: 23H21D
EXP: 08/2025

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B01D
EXP: 02/2025

3, Azzahra, 2ème étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid

3, شارع محمد الخامس حي الزهراء الطابق الثاني , قرب مسجد

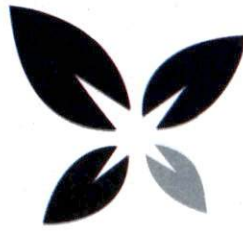
E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél/Fax : 05 22 32 44 77

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénérologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besancon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر
اختصاصية في الأمراض الجلدية و التاسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل و الليزر من جامعة بزنسون
فرنسا
أمراض الجلد، الشعر و الأظافر - الحساسية - جراحة الجلد
طب التجميل - الليزر

Le : 09/12/2023

Dr. Samira SABER

رئيس و رئيسة
دي 2 - 2 - 2

Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénérologue
3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra
2ème étage, Berrechid
Tél/Fax : 05 22 32 44 77

3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra, 2ème étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid

3, شارع محمد الخامس حي الزاهراء الطابق الثاني، قرب مسجد الزاهراء - برشيد

E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél/Fax : 05 22 32 44 77



CENTRE RADIOLOGIE DEROUA

مركز الفحص بالأشعة الدروة

Scanner Multibarettes
Radiologie Numérique
Échographie
Echo Doppler
Mammographie Numérique
Panoramique Dentaire
Opacification
IRM (sur RDV)

Deroua , Le 16/01/2024

Patient : OULBI ZINEB
Médecin traitant : DR SABER SAMIRA
Examen(s) réalise(s) : ECHODOPPLER VEINEUX DES (MI)

COMPTE RENDU

TECHNIQUE : examen fait sur un malade en position couchée par une sonde linéaire de haute fréquence, en mode B, en mode doppler couleur, et en mode pulsé.

- Les veines fémorales communes, superficielles, les veines poplitées, et les veines jambières, droites et gauches, sont de calibre normale, perméables au doppler couleur et compressibles, sans matériel endoluminal décelable.
- Les veines grandes et petites saphènes droites et gauches sont perméables et continentes tout au long de leurs trajets.
- Ganglions inguinaux bilatéraux d'architecture et de taille conservée.

CONCLUSION :

✚ Absence de signe de thrombose veineuse sur cet examen.

En vous remerciant de votre confiance

Dr CHAREF KAWTAR

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,



CENTRE DE RADIOLOGIE DEROUA
LOTISSEMENT NAIT N°11 DEROUA
SÈKRECHID - Tél: 05 22 03 75 85



05 22 03 75 85

N°11 Lotissement NAIT, Deroua

radiologiederoua@gmail.com



CENTRE RADIOLOGIE DEROUA
مركز الفحص بالأشعة الدروة

Scanner Multibarettes
Radiologie Numérique
Échographie
Echo Doppler
Mammographie Numérique
Panoramique Dentaire
Opacification
IRM (sur RDV)

Deroua, le 16/01/2024

FACTURE N°FA133/2024

NOM & PRENOM: OULBI ZINEB

EXAMEN	MONTANT
ECHODOPPLER VEINEUX DES (MI)	800 DH
TOTAL	800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :HUIT CENTS DH TTC

CENTRE DE RADIOLOGIE DEROUA
LOTISSEMENT NAIT N°11 DEROUA
BERRECHID - Tél: 05 22 03 75 85



05 22 03 75 85



N°11 Lotissement NAIT, Deroua



radiologiederoua@gmail.com