

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Nº P19- 0028556

N°: 11648

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1569

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUFI N. Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Jamila 5 Rue 29 n° 27 C.D. Casa

Tél. :

05 22 57 86 22
06 24 10 47 75

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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.



OLYMPIA HAMSI FATHIMA

Age:

Lui-même

Enfant

Affecté à l'ostéoporose

09 DEC. 2019



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) :

RELEVE 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
12/11/19	Chirurgie	11	9760	<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	12/11/19	9760

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	19/11/19	LABORATOIRE SBATA	
	Mercredi 13 Novembre 2019		
	Lettre clé+cotation B 250		
	Montant Facturé : 130.01Dhs		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Début d'Execution	Fin d'Execution	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'Execution
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1											

Dr. MAGHFOUR Mustapha

Spécialiste O.R.L. & Chirurgie
Cervico - Maxillo - Faciale

173, Bd. Reda Guedira (exNil)
Bloc 23 N°13 - Cité Djamaâ
Sidi Othmane - Casablanca
Tél. C. : 05 22 38 48 41



الدكتور مغفور مصطفى

اختصاصي في أمراض الأنف، الأذن
الحنجرة و جراحة الوجه والعنق

173، شارع رضى اكديرة
بلوك 23 الرقم 13 قرية الجماعة
سيدي عثمان - الدار البيضاء
هاتف العيادة : 05 22 38 48 41

Casablanca, le

12/11/19

OL R HORACH FATIMA

9760



(2445x4)

+ Levothyrox 100

18/18

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



Pharmacie BENMOUSSA
26, Av. Cdt. Drias El Harti
Jamila 3 - Cité Djamaâ
tél.: 0522 37 38 67 - CASABLANCA
Spécialiste O.R.L.
Cervico - Maxillo - Faciale
173 Bd Reda Guedira (exNil) Bl
La Othmane - Casablanca

Dr. MAGHFOUR Mustapha

Spécialiste O.R.L. & Chirurgie
Cervico - Maxillo - Faciale

173, Bd. Reda Guedira (exNil)
Bloc 23 N°13 - Cité Djamaâ
Sidi Othmane - Casablanca
Tél. C. : 05 22 38 48 41



الدكتور مغفور مصطفى

اختصاصي في أمراض الأنف، الأذن
الحنجرة و جراحة الوجه والعنق

173، شارع رضى أكديرة
بلوك 23 الرقم 13 قرية الجماعة
سيدي عثمان - الدار البيضاء
هاتف العيادة : 05 22 38 48 41

Casablanca, le

١٢٠٨٨١١٩

BL RHOMACH FATIMA

LABORATOIRE SBATA

Mme EL RHOMACH Fatima
04-04-1953

ORDONNANCE

1911130093



- T - S. H

Dr. MAGHFOUR Mustapha
Spécialiste O.R.L. et Chirurgie
Cervico - Maxillo - Faciale
Casablanca, Maroc
Tél. 05 22 38 48 41



مركز التحاليل الطبية سباتة
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبرى

شارع ابريس الحارش - سباتة - البيضاء - 642
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 191113-0093

Mme Fatima EL RHOMACH
Prescription : Dr . M MAGHFOUR
Date de l'examen : 13/11/2019



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	TSH	B250	B

Montant Facturé	130.01Dhs
Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirhams un centimes	

Dr. ABDELWAHAB AL FATH
Centre d'Analyses Médicales SBATA
Souscription : 13/11/2019
Signature : Dr. ABDELWAHAB AL FATH



مركز التحاليل الطبية سباتة

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبرى

642، شارع ابريس الحارش - سباتة - المريضان -
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

Dossier N° : 191113-0093

Mme Fatima EL RHOMACH

Né(e) le : 04/04/1953/ 66 ans

Prescription : Dr . M MAGHFOUR

Date de l'examen : 13/11/2019



BILAN ENDOCRINIEN

11/07/2019

TSH us

(Tech: Chimiluminescence/Access 2)

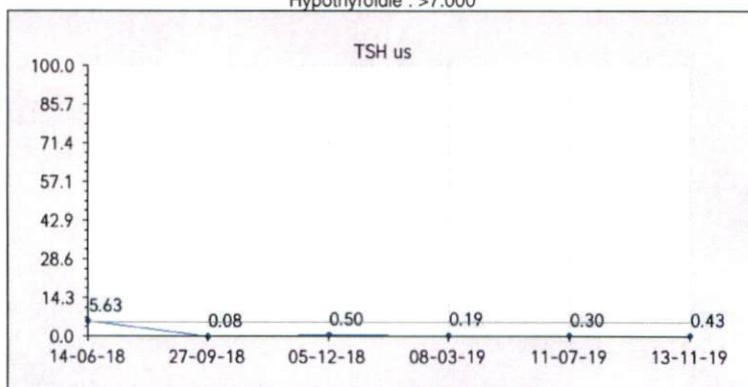
0.431 μ UI/mL

(0.380–5.330)

0.295

Normes interprétatives

Hyperthyroïdie : <0.150
Euthyroïdie : 0.380 à 5.330
Hypothyroïdie : >7.000



Compte-rendu complet

