

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

Informations 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.

Biologie 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

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° P19- 0038461

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045 Société : 43061

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SKIRENT CHAKIR

Date de naissance : 2010/06/18

Adresse : Boulevard II tout 4 apt 15 Cas

Tél. : 0663011265 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAHRABI Khadija

Age : 52 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

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.

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 : Cas

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/10/20

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
21/09/2020	C	—	q	Dr Houda AFIFI Médecin Santé Publique C/S EL HANK CASA-ANFA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2020	67,50
	23/09/2020	215,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/09/2020	1 Dm	1500,00 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

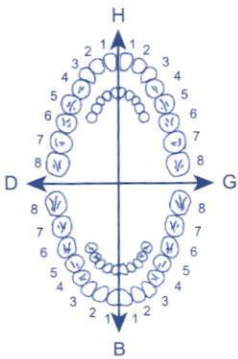
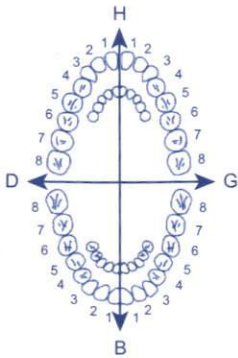
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></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 colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			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																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				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'EXECUTION



ORDONNANCE

Lahbabi Khadija

HYDROXYCHLOROQUINE 200 Mg
1comprime *3/Jr Pendant 7Jours

après repas

23/01/2022

79,70
+ 2
Azithromycine 500 Mg
1comprime premier jour

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1282671
Date Fab: 10/ 2019 Date Exp: 09 / 2021
PPV : 79,70 DH

UT.AV.: 0 4 2 2 2
P.P.V. 79,70
LOT N°: 1 2 9 0 5 6 2 7 9 7 0

1/2 COMPRIME * 1 FOIS/ JOUR PENDANT 6 JOURS

SMECTA
1SACHET/Jr PENDANT 3 Jours

OMEPRazole 20 Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 7 jours



15,30
Vitamine c 1000Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

PPV 150H30
EXP 07/2023
LOT 06077 24

40,90
ZINASKIN
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours PPV 400H90

EXP 07/2023
LOT 06074 17

215,60

Dr. EL KHAZI Nassir
Commission Médicale
Délégation CASA ANAFA

ORDONNANCE

Casa Le: 21/9/2020

M^{me} Skirey AMBARI KHADIR

29.20

17 Theostat 300

THEOSTAT L.P. 300MG
CP SEC B30

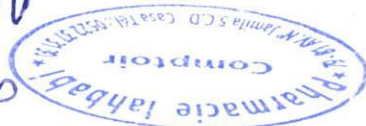
P.P.V : 29DH20



1p 1, lvr

17 Euclov 1p

1 sachet 1/2



38.30

17 Finiton 1p

1 sachet

38.30

Docteur MIARA Nabil
Médecin du Sport
C.H.R Moulay Youssef Casablanca
drmiaranabil@hotmail.fr





ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION MEDICALE CASA-ANFA
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المنشورية الطبية الدار البيضاء-انفا
المركز الاستشفائي الاقليمي
مولاي يوسف



ORDONNANCE

Date :

21/01/2020



Mme SAHABBI Skirredj
KHADIR

Test de covid 19

- I. C. R

Docteur MIARA Nabil
Médecin du Sport
C.H.R. Moulay Youssef Casablanca
dmiaranabil@hotmail.fr

serdefsigne

GRUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 23/09/2020

Reçu N° 200923017

M ou Mme : **LAHBABI KHADIJA**

Examen(s) demandé(s) :

TDM THORACIQUE

Soit un montant total de : **1500.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. Hassan BENJELLOUN
Spécialiste en Imagerie Médicale
4 Rue Socrate - Casablanca
022 39 07 07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923



Région : _____
Province : _____
Etablissement sanitaire : _____

FICHE DE REFERENCE

IDENTITE DU PATIENT :

- NOM ET PRENOM : Lakbabi Nour Khadya
- Age: 52 ans Sexe: ☐ masculin ☐ féminin
- Identifiant de la CMB ou Autres documents: _____
- Adresse : _____

MOTIF DE REFERENCE ET LIEU DE REFERENCE :

Fiebre + perte du fait + douleurs thoraciques
DM Thoracique
(A la recherche de l'origine de l'infarctus)

TRAITEMENT REÇU

AUTRE INFORMATIONS UTILES :

Nom et signature du medecin : _____

Dr. EL KHAZI NASSIR
Commission Médicale
Délégation CAS ANAFA

Dr Houda AFIFI
Médecin Santé Publique
C/S EL HANK BADA ANFA

Fait le : _____/_____/_____

Contratarnellemer

23/9/2020

Dr. Hassan BENJELLOUN
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tél: 05 22 34 07 07

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani
Dr. H. Bengelloun
Dr. Z. Tazi chaoui

23/09/2020

PATIENT **LAHBABI KHADIJA**

MEDECIN TRAITANT **EL GHAZI NASSIRA**

SCANNER THORACIQUE :

TECHNIQUE :

Examen TDM pratiqué en acquisition spirale volumique millimétrique, sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Poumons de volume normal, ne présentant pas d'anomalie de leur architecture et de leur densité.

Absence de lésion interstitielle parenchymateuse pulmonaire.

Absence de foyer systématisé.

Pas d'anomalie pleurale.

Pas d'adénopathies médiastinales.

AU TOTAL :

TDM thoracique normale.

DR. H. BENGELOUN

Dr. Hassan BENGELOUN
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tél : 05 22 39 07 07