

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

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° P19-0038024

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : AZENNOU MOHAMED

Date de naissance : 21/01/51

Adresse : ALMA 47 EL SOULANE 90232

Tél. : 0669332736 Cas

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 



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

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Declaration de Maladie

N° W19-453262

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : AZENNOUD MOHAMED

Date de naissance : 01/01/51

Adresse : SALMA A. ADEL TOULANE n°247

App 3 CASABLANCA

Tél : 06-69-332736 Total des frais engagés : 530,90 DH

06-15-909-833

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/19

Nom et prénom du malade : AZENNOUD MOHAMED

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

Nature de la maladie : RAV sur HSP

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-453262

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 550,90 DH

Nom de l'adhérent(e) : AZENNOUD

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
15/07/10	Dentaire	375 D.H.		Dr. ALAI HAMEDANE KENZA Rue d'Imouzzel - FES Tél: 05 35 73 04 57 Fax: 05 35 45 7194
	Pharmacie	125 D.H.		

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

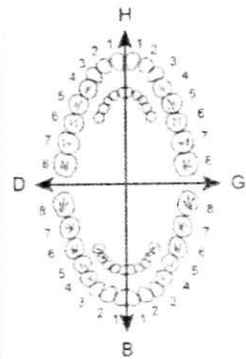
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

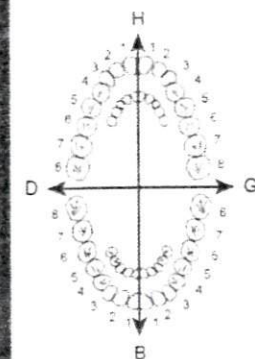
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433550
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX []
MONTANTS DES SOINS []
DATE DU DEVIS []
DATE DE L'EXECUTION []

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصحّة طبيّة
CLINIQUE TAIBA
متعددة الاختصاصات
Multidisciplinaire

F A C T U R E

N° 1 722 / 2019 du 12/09/2019

Nom patient	AZENNOUD MOHAMED	Entrée 15/07/2019	Sortie 15/07/2019
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
PHARMACIE	1,00		125,90	125,90
			Sous-Total	125,90
Total Frais Clinique				175,90
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. TAZI KARIM (urologue)	1,00		375,00	375,00
			Sous-Total	375,00
Total prestations externes				375,00

	Total général	550,90
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES		

	Espèces	Chèque		Total encaissé	Solde
Encaissements	0,90	550,00		550,90	0,00

Ref Chq : 0106620904500172/

POLYCLINIQUE TAIBA
Mly Abdellah Hay Bouramana
Route d'Imouzzar - FES
Tél : 05 35 73 04 57 Fax : 05 35 65 7184
N°PE : 140063157

ICE : 001216963000070
IF: 18729310
Patente: 13251780
CNSS: 5818185

73, شارع مولاي عبد الله حي بورمانّة، طريق إيموزار - فاس
73, Av Moulay Abdellah Hay Bouramana Route d'Imouzzar, Fès
☎ 05 35 65 64 97- 05 35 73 04 57
✉ polyclinique.taiba@outlook.fr

Le : 15/07/2019

Références

1 722 / 190726101646350006

PAYANT

Entrée / Sortie : 15/07/2019 - 15/07/2019

Le Dr. TAZI KARIM

présente à Mr AZENNOUD MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
375,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces



Dr. Karim TAZI
Chirurgien Urologue
19 Don Abdelhak, Espace Fibreb Fés
CIN 141226829
Tel : 05-35-94-08-08

Cachet et signature

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

12/09/2019

12:28

Nom Patient	: AZENNOUD MOHAMED	Numéro dossier	: 19G261013
-------------	--------------------	----------------	-------------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/07/2019	SONDE SELICONE	0	1,00	60,00	60,00
15/07/2019	SAC A URINE	0	1,00	20,00	20,00
15/07/2019	SERUM SALE 9% #CT 100ML INJECTA (01)	0	1,00	10,30	10,30
15/07/2019	BETADINE	0	1,00	15,60	15,60
15/07/2019	COMPRESSE	0	2,00	5,00	10,00
15/07/2019	GANTS STERILE 7.5	0	1,00	10,00	10,00
Total pharmacie					125,90

POLYCLINIQUE TAIBA
73, Mohammed VI - Boudramma
Route d'Inoubzer - FES
Tél: 05 35 73 04 57 - 05 35 65 71 84
N°PE: 140063107

CLINIQUE TAIBA
PHARMACIE
Dr. ALAÏ EL HAMELANE KENZA
I.H. Responsable
Tél: 05 35 73 04 57

CLINIQUE TAIBA

ICE: 001216963000070

FES

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 15/07/2019 Heure 10:13

Nom et Prénom du patient Mr AZENNOUD MOHAMED

Age ou Date Naissance 69 - 01/01/1951

N° Cin du patient ou du tuteur C106322

Adresse .

Téléphone .0569332736

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant FADIL MILOUDI

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation RETENTION AIGUE URINE

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 15/07/2019

Heure 10:22

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature

POLYCLINIQUE TAIBA
73, AVENUE MOULAY ABDELLAH, HAY BOURAMANA, ROUTE IMOUZZER - FES
TEL: 0535656497 / FAX: 0535657184 - CNSS: 5818185 - PATENTE: 13251780 IF: 18729310
N°PE: 140062107



مصحة طيبة
CLINIQUE TAIBA
متعددة الاختصاصات
Multidisciplinaire

Fes le : 15/07/2019 فاس في

تقرير الإستشفاء

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom et prénom Patient : **Dr. Karim TAZI** **Chirurgien urologue** **Abdelmoumen Mohamed** : الاسم والنسب
Date d'entrée : 15/07/2019 : تاريخ الدخول
Date de sortie : 15/07/2019 : تاريخ الخروج
Motif d'hospitalisation : **Dr. Karim TAZI** **Chirurgien urologue** : سبب الإستشفاء
Médecin traitant : **Dr. TAZI Karim** : الطبيب المعالج
Compte rendu : : التقرير

Patient admis dans un tableau de réclusion après
d'un examen physique après un chirurgien de la
hande.

TR: prostate de volume spher
Sondage urétral

Patient mis sous A-Hapt