

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.

Diagnostique 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

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° P19-014402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5650 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL ADIAH HEBEN ZH Date de naissance : 19/07/2010
Adresse :
Tél. : 06 11 96 65 52 Total des frais engagés : x 18 21 / 352 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur V. DEVICO
DERMATOLOGUE
218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha
- Casablanca -
Tél: 05 22 24 11 15 / 05 22 40 50 82

Date de consultation : 11 JUL 2019
Nom et prénom du malade : ANR OUM FATIMA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection de biologie
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) :

[Signature]

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
01/01/2019	ca	400 DH		
03/01/2019	h 20	500 DH		
	Brp			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date	Montant de la Facture
11/7/19	25650
3/9/19	119,60
16/09/19	29,00
TOTAL: 062049176	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
26/08/19	h 1/2	100.25 DH
04/09/19	P365	400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

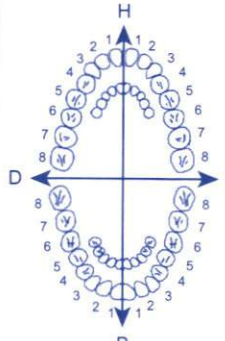
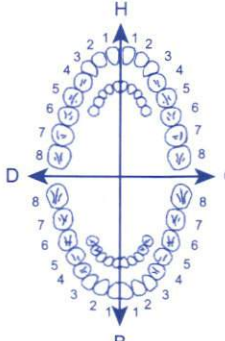
Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

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 de l'occlusion.

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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

Docteur Victory Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha
Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82
Casablanca

الدكتور فيكتوري دوفيكو

أمراض الجلد

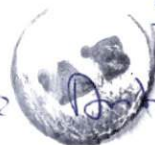
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو- الليزر

218 شارع السفير بن عائشة
الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19
الدار البيضاء

Pharmacie

des brûlures



Antibio Syngal

19,40

2/1 2/1 10

21 Sh. 100000 unipart. 100000

4660 Locapred Crème

no 2



10/10 100000

200000 2/1 100000

22050 3 200000

Anthelios Touchée



25650



Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi
Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée

Docteur Victory Derivo

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha

Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Casablanca

الدكتور فيكتور دوفيكو

أمراض الجلد

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو- الليزر

218 شارع السفير بن عائشة

الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

16/09/19

Dr. ATRAM FATMA

11 Coccidin pommade

28,00

1 p x 21 j

x 10 j

Bloc U N° 1 Deriva
Tél: 05 22 53 20 83

Pharmacie PRINCIPALE DERIVA

Docteur V. DERIVO
DERMATOLOGUE

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha
Casablanca -
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

coccidin pommade



6 118000 082989

LQT: 181962
PER: 12-21
PPV: 25,000H

بالميعاد : أيام الاثنين، الثلاثاء والخميس من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة بعد الظهر والجمعة صباحاً من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة

Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h

Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée

السبت والأربعاء

Docteur Victory Devico

Dermatologue

Membre de la société française de dermatologie

Centre Dermo - Laser

218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha

Tél. : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Casablanca

الدكتور فيكتور دوفيكو

أمراض الجلد

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

مركز درمو- الليزر

218 شارع السفير بن عائشة

الهاتف : 05 22 40 50 82 / 05 22 24 11 19

الدار البيضاء

AHROUM Fatma

23 sept 2018

51,10 x 2 Plaquenil 200 21 x 30

21 x 30 - Buz 2

17,40 Dermo val cure 15,1

15,1 x 15,1

119,60

Document DEVICO
218, Av. Ambassadeur Ben Aïcha
Tél: 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 82

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
PLAQUENIL 200 MG CP PEL
B30
PPV : 51,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
PLAQUENIL 200 MG CP PEL
B30
PPV : 51,10 DH



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17,40 DH
ID : 630254
Lot : 68847
Exp : 03/2021



Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
BLOC 11 N° 1 DEROUA
Tél: 05 22 53 20 83

بالميعاد : أيام الإثنين، الثلاثاء والخميس من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة، ومن الثانية إلى الثالثة بعد الظهر والجمعة صباحاً من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة

Sur rendez-vous les Lundi - Mardi - Jeudi de 9h à 12h et de 14h à 15h, et Vendredi matin de 9h à 12h

Fermé le Vendredi après midi et les Mercredi et Samedi toute la journée

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomo-Cytopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Casablanca le 04/09/2019

Nom et prénom : **AHROUM FATIMA**

Date de réception : 04/09/2019

Facture N° 19/09042

Nature du prélèvement	Cotation	Prix total	Remise	Net payé
BIOPSIE CUTANEE	P365	400,00Dhs		400,00Dhs

Arrêtée la présence facture à la somme de Quatre cents Dirhams

Dr Soufia AZZOUZI
Dr AZZOUZI SOUFIA
CABINET DE PATHOLOGIE
OUM RABII
102, Bd Oum Rabii RDC-Bor N° 1
Hay Selma Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 93 88 66 - Fax : 0522 93 87 52

102 ,Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassani. Casablanca-20220.
Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com
IF :40399984 - ICE 001806698000066 -Taxe professionnelle :35091342
CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomo-Cytopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : DELIC V

Nom et prénom du patient : Attouy Fatima

Âge : 1974 Sexe : F

Date de prélèvement : 3 sept 2018

Renseignement cliniques et paracliniques : Nodule +

lubercules Histiocytose AT+Bord

+ Parahydrate G

Organe prélevé : 12 luv 1 AT Bord G

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Nom Réf :

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

102, Bvd Oum Rabii (Prés du service des mines)

Résidence Selma - RDC - B1 - Hay Hassani

Casablanca - 20220 - Tél.: 05 22 93 88 66

Fax : 05 22 93 87 52 - GSM : 06 60 93 65 71

E-mail : cpor102@gmail.com

Signature & Cachet

Docteur V. Devico

Dermatologue

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha

Tél. : 0522 24 11 19 / 0522 40 50 82

الدكتور ف. دوفيكو

أمراض الجلد

218 شارع السفير بن عائشة

الهاتف : 0522 40 50 82 / 0522 24 11 19

Casablanca MARDI, le

3 Sept 2019

N° 019052

Reçu pour Acte

Nom & Prénom

ABROUM Fatema

Désignation

Propose

culonée

Montant

5000

Arrêté à la somme de

Cinq cent Drachem