

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0001190

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1877 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehalo
 Nom & Prénom : OUBOUB Mubakha Date de naissance : 01/01/52
 Adresse : 14, Rue El Ghadga Apts Maryam
 Tél : 06 010 65053 Total des frais engagés : 2446,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. LATIF IDRISSI
 TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
 75, Boulevard Massira Al Khadra
 Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mr KARIM MAIMA Age :

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

Nature de la maladie : i Anomalie de la Chénille

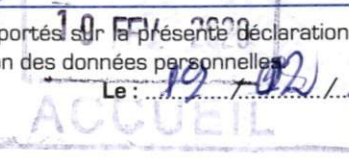
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casa Le : 19/02/20

Signature de l'adhérent(e) : Oubou Mubakha



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 |
|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/12/19 | Anesthésie Réanimation | | 300,00 | Dr. MOUNTI Hamid |
| 16/12/19 | PLAQUE | | 800,00 | Dr. MOUNTI Hamid |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 16/12/19 | 7164,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 15/12/19 | PANDELA CHERVILLE | 400,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

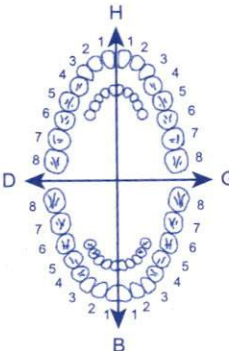
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 15/12/19 | | | | | 100,00 |
| | 16/12/19 | | | | | 100,00 |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 |
| | | | | | |

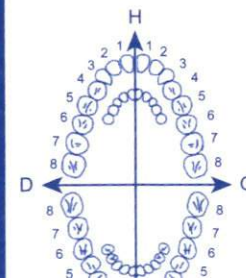
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| | H | |
| 25533412 | 21433552 | |
| 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

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

16.11.04

* D Zelupane
16,60 2 x 3

92h D mexen 2
1 x 2

* D Sirdalud
86.70 11 x 2

349.00 Coreo 2 016
138.30 15 11 x

D. Asymetru 100
24 x 2 x 10
171640

Mme Aïssal EL GABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47, Boulevard Bir Anzane
1422 25 09 78 - Casablanca

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benou al soum roches
noires casablanca
INEXTUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
BAGNOSP 21490 P.P.V: 92,60 DH
6 118001 020591

6 118001 030293
SIRDALUD® 4 mg
Comprimé pelliculé
PPV = 86,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj 66
PPV : 349,00 DH

PPV: 138,30 DH
LOT: 612485
PER: 10/20

DR. N. LA
TRAUMATO - ORTHOPEDIE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 10 20 05 22 25 25 01

GÉLUPRANE® 500 mg

Enfant (à partir de 27 kg) et Adulte

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination : GÉLUPRANE 500

Composition : Paracétamol 500 mg paracétamol par boîte.

Excipients : q.s.p. 1 gélule

Forme pharmaceutique : Boîte de 10 gélules

Classe pharmaceutique

- Antalgique : il calme la douleur.
- Antipyrétique : il fait baisser la température.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué dans le traitement de la douleur, notamment en cas de :

- maux de tête, migraines,
- douleurs rhumatismales, lombagos,
- douleurs musculaires et tendineuses,
- fractures, entorses, luxations, douleurs,
- douleurs au cours des interventions,
- règles douloureuses,

Ce médicament est également indiqué dans le traitement de la fièvre, notamment :

- états grippaux, grippe,
- maladies infectieuses, bactériennes et virales.

QUE DEVEZ-VOUS SAVOIR AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT ?

Contre-indications

GÉLUPRANE 500 mg ne doit pas être pris en cas de :

- allergie antérieure au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- Enfant de poids inférieur à 27 kg (sachet/suppositoire) ou

Précautions d'emploi

Ne pas dépasser les posologies indiquées.

Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.

En cas de doute sur les effets du médicament, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

GÉLUPRANE peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

GÉLUPRANE n'est pas agressif pour votre estomac ou votre intestin. Il peut être pris en cas d'ulcère gastrique ou duodénal.

Interactions médicamenteuses

Veillez signaler la prise de GÉLUPRANE à votre médecin s'il vous a prescrit un dosage d'acide urique sanguin ou un dosage de la glycémie.

GÉLUPRANE peut être associé aux :

- anti-inflammatoires,
- cortisone et ses dérivés,
- anticoagulants.

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

16.12.11

① A chelli As D

② A pil C Puc

f Te nls 2

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522 990 990 - Fax: 0522 23 45 40

Dr. ~~LAÏF~~ IDRISSE
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 15/12/2019

NOM , Mme KARMI NAIMA

DOCTEUR ;/DR MOUNTIJ

FACTURE 1980/2019

| DESIGNATION | TOTAL |
|-------------------|---------------|
| *DR MOUNTIJ HAMID | 300,00 |
| *PART CLINIQUE | 100,00 |
| TOTAL | 400,00 |

Arrêtée la présente facture a la somme de ,

QUATRE CENT DIRHAMS

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 16/12/2019

NOM , Mme KARMI NAIMA

DOCTEUR ;DR LATIF IDRISSE

FACTURE 1986/2019

| DESIGNATION | TOTAL |
|-------------------|----------------|
| *DR LATIF IDRISSE | 800,00 |
| *PART CLINIQUE | 100,00 |
| *PHARMACIE | 300,00 |
| TOTAL | 1200,00 |

Arrêtée la présente facture a la somme de ,

MILLE DEUX CENT DIRHAMS

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA ⑤

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 16/12/2019

NOM , Mme KARMI NAIMA

| DESIGNATION | TOTAL |
|-----------------|--------|
| *SCOTCH CAST x3 | 200,00 |
| *JERZY | 50,00 |
| *SOFT BONDE | 30,00 |
| *GANTS GETABLE | 20,00 |
| TOTAL | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de '

TROIS CENT DHS

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass Maârif
Tél: 0522 990 990 - Fax: 0522 23 45 40
CASABLANCA ⑤

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

16.12.07

① A checke RD

Ru Gu. vee
no unlo

pa mil. G

f hu de AR.

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 07

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

mm

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

FACTURE

Casablanca, le 14/12/2019

FACTURE N° : 656/2019

Nom patient : KARMI NAIMA

Examen(s) réalisé(s) : RX DE LA CHEVILLE FP

Montant : QUATRE CENTS (400 DH)

ARRETTE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENTS (DH)

REGLEMENT : ESPECE

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.4
CASABLANCA