

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.

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- 047155

ND: 29384

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Omary Ghita

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 23 24 23 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047155

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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 l'article 99-78 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abi Lah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue
Casablanca 20300 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 76
Casablanca - Quartier de l'Horloge
www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044086

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société : RAM MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OMARY GHITA - ZOUTOU Ned

Date de naissance : 07/01/42

Adresse : Ras. NADIA IM. D Apt 9 Route EL Jadida
20350 CASABLANCA

Tél. : 0522 23 24 93 Total des frais engagés : 4034 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 40 34

Date de consultation : 06/04/2020

Nom et prénom du malade : EL OMARY Ghita Age : 78 ans

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

Nature de la maladie : Anémie ferriprive

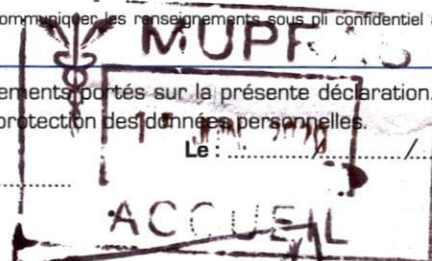
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NON

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 : CASABLANCA Le : 06/04/2020

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
07/04/20	Fe Ringect		800 //	
06/04/20	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA RÉSISTANCE Dr. ZOUHRE HASSON 149, Angle de la Résistance et Rue Lahcen Ouidlor - Casablanca Tél: 0522 44 55 55	06/04/20	2742,00 //
PHARMACIE LA RÉSISTANCE Dr. ZOUHRE HASSON 149, Angle de la Résistance et Rue Lahcen Ouidlor - Casablanca Tél: 0522 44 55 55	06/04/20	492,20 //

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

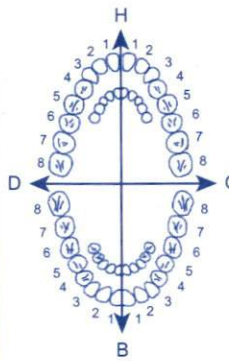
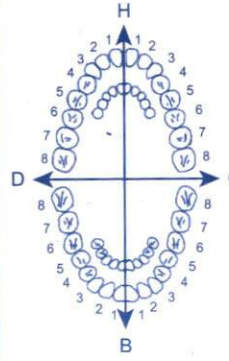
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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 00000000 G 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cm GR

Boîte 14

641/50MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cm GR

Boîte 14

641/50MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

32,10

Mutesa
Suspension buvable
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

Mutesa
Suspension buvable
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

Mutesa
Suspension buvable
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

Mutesa
Suspension buvable
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

Mutesa
Suspension buvable
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

Mutesa
Suspension buvable
flacon 200 ml



6 118000 180425

LOT : 9MAS11
PER : 04 2022

SMECTA 3G
SACHET 830
P.P.V : 52DH40



6 118000 011460

مصلحة
المدينة
CLINIQUE
AL MADINA

مركز أمراض الدم والأنتكولوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 6/6/2020

Dr. Saadia ZAFAD

$1371,00 \times 2 = 2742,00$

Fermi 50 g

(vignette jointes
au verso)

2 flacons

صيدلية الإقامة
PHARMACIE LA RÉSIDENCE
Dr. ZOUTENE Hassan
149, Angle B. el In Résistance
et Rue Lohcen Ouider - Casablanca
Tél: 05 22 44 57 50

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers
Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA

50 مغ حديد/مل



6 251065 043257

مترخيص من شركة الأدوية المتحدة، الأردن
إنتاج شركة بيويسو، ألمانيا أو شركة أي دي تي بيولوجيكا، ألمانيا
توزيع بروجوفارم شركة مساهمة، المنطقة الصناعية
الساكنة - حرم صفا - عمان

فيرينجكت



كربوكسي مالتوز الحديد

Distribué par PROMOPHARM S.A

Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 1371 DH 00

قبل الاستخدام يجب التأكد من عدم وجود رواسب
ومن تاريخ انتهاء الصلاحية.

محلول للحقن/للتسريب الوريدي
يعطى تحت إشراف طبي

يصرف بوصفة طبية

50 مغ حديد/مل



6 251065 043257

مترخيص من شركة الأدوية المتحدة، الأردن
إنتاج شركة بيويسو، ألمانيا أو شركة أي دي تي بيولوجيكا، ألمانيا
توزيع بروجوفارم شركة مساهمة، المنطقة الصناعية
الساكنة - حرم صفا - عمان

فيرينجكت



كربوكسي مالتوز الحديد

Distribué par PROMOPHARM S.A

Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 1371 DH 00

قبل الاستخدام يجب التأكد من عدم وجود رواسب
ومن تاريخ انتهاء الصلاحية.

محلول للحقن/للتسريب الوريدي
يعطى تحت إشراف طبي

يصرف بوصفة طبية

زجاجة واحدة (10 مل)

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
 Rx Conventiennelle - Echographie

FACTURE

N° : 3390 B / 2020 du 07/04/2020

FERINJECT

Nom patient EL OMARY GHITA

Entrée 07/04/2020

PAYANT

Sortie 07/04/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FERINJECT	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total 800,00

CLINIQUE AL MADINA 2
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG)
 Fax: 0522.25.00.01

012284

012284
EL may White
7/04/80

7/04/20

Hospitalisation ☐

[illegible]

Visa Recepteur