

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1046.1

Société : ROM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSEERRAH NE ASSELjalil

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : 02 Rue ALHAMRA Berchid

Tél. : 0662-779145

Total des frais engagés : 933,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/20

Nom et prénom du malade : ASSEERRAH NE ASSELjalil Age : 56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Coliques digestives

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route

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 : Berchid Le : 11/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
AB	Clonot		300.00	DR. BEN SALAH Aounir Anesthesia & Rehabilitation
AA	jeton		100.00	
BB				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. BERRACHEID bon Nafie	13/11/20	CLINIQUE CHADOUR T. 0322 21 66 22 / 0322 32 51 358.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mohamed SINA	13/11/20	130	174.20

IMP : 26 300.00\$

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA

Lot

Exp

PPV

92/03

Lot

Exp

PPV

92/05

Berrechid, le

MABDURRAHIL ASERGHINE

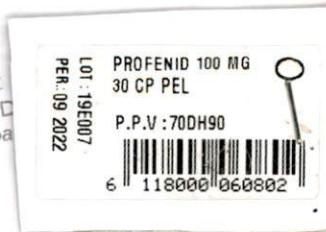
13/11/20

1) Megaflex 500 mg sp AS
92,50
x 2 unité à prendre 18j



2) NO spa gel AS
32,00
x 3 / à prendre 18j

PHARMACIE
Dr ARRACHID
Anglo Rue Okba
et Rue Medina



3) Profenid cp 100 AS
70,90 x 2
Dr ARRACHID
Anglo Rue Okba
et Rue Medina
CLINIQUE
3, Rue Okba
BERRECHID
PER: 04 2023
Dr. BEN SALAH MOUINIR
Médecin en Médecine générale



LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

BERRECHID

Fax : 05.22.33.66.42

INPE :063000509

IF :40195644

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 73008

IB 34212 B

Nom et Prénom : Mr. ASSERRHINE Abdeljalil

Prescripteur :

Référence : 131120 014

Date : 13/11/2020

BILAN :

CYTO B 70 + CULT 'B 60 +

MONTANT NET : 174,20 Dhs Soit 130 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent soixante quatorze Dh et vingt cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd. Mohammed V, BERRECHID
Tél 05.22.33.66.43



Berrechid le : 13/11/2020

CIN :

Résultats complets

Édité le: 16/11/2020

Mr. ASSERRHINE Abdeljalil
IB 34212 B RF: 131120014

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect	Légèrement trouble
Couleur	Jaunâtre
Ph	7,5
Glucose	Negatif
Albumine	Trace
Sang	Positif
Corps cetoniques	Negatif

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	30 /mm ³	N < 10
Hematinies	370 /mm ³	N < 5
C.Epitheliales	Rares	
Cylindres.....	Absents	
Cristaux	Absents	
Trichomonas	Absents	
Levures	Absents	

Coloration de GRAM..... **ABSENCE DE GERMES PATHOGENES**

CULTURES BACTERIOLOGIQUES

Cultures **stériles** après 24h D'incubation à 37°C.





مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

MASERGLINE ARDELIA

Berrechid, le

13/11/20

ECBU

ED. MOHAMED V, BERRECHID
18 N° SINA MEDICALS
ROUTE DE MELLES
52 32 66 22 33
BERRECHID

D BEN ABDALLAH
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél.: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 Fax: 05 22 32 57 58