

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W21-727279

134753

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8647	Société :	RATG
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Hounis BENNANI ADIL			
Date de naissance : 23/09/1971			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. : 066 132 78 32	Total des frais engagés : 30+1560+860+30+150 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	18/8/2022		
Nom et prénom du malade :	Hounis BENNANI ADIL		
Age :	36		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète sucré		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous <u>confidential</u> 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 **Date :** 18/8/2022
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
18/08/22 C2			300 dh	INP : 091016169 DR. EN DENTROLOGIE - NUTRI 150 Route de l'Oasis Casablanca Tél. 0522 81 65 - GSM: 0663 43 95 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MRIT OUALIF	18.08.22	360.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORLIMEDIS NEGOCES SARL Agence 20 Août N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arouane et Rue de la Place Casablanca Tél. 0522 70 65 65	03/09/22					540,00

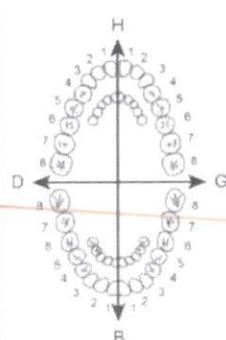
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

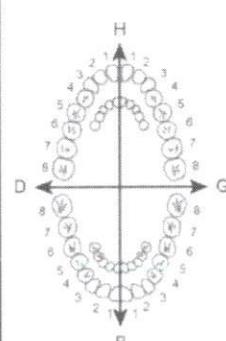
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

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

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	HOU MId BENNANI ADIL.	
Matricule :	8647	N° CIN : BE561672
Adresse :	63, Rue Liseré Bvd TADARIT CASAB.	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité : Endocrinolo g ra	
N° ICE :	091046169	N° INPE : 091046169
Certifie que M ^{me} , M ^{me} , M. : HOU MId BENNANI ADIL.		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit :		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : Casab	le 25/01/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :		
		

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

ORLIMEDIS NÉGOCE

Facture N° :

FC2205029

Date	CLIENT	PAGE
03/09/22	34210475	1

MR HOUMID BENNANI ADIL

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819307078	1	GLUCOMETRE ACCU-CHEK INSTANT	20%	150,00	150,00
PRO100	4	LANCETTE PROMISEMED	20%	7,50	30,00

ORLIMEDIS NÉGOCE S.A.R.L
Agence 20 Août
N°22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjouni
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09 - Email : contact@orlimedisnegoce.com

MT HT	TVA	MT TVA
150,00	20%	30,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
150,00	30,00	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
180,00

DHs

ORLIMEDIS NÉGOCE

Facture N° :

FC2205028

Date	CLIENT	PAGE
03/09/22	34210475	1

MR HOUMID BENNANI ADIL

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819382078	2	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	180,00	360,00

ORLIMEDIS NÉGOCE SARL
 Agence 20 Août
 N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjouna
 et Rue de la Place - Casablanca
 Tél : 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
300,00	20%	60,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
300,00	60,00	360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
360,00

DHs

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



السمنة

Casablanca, le :

18/08/22

J/dL

804432/000111

24

1

PPC : 233,00 Dhs

Mrs. Hamed Ben Youssef

550 جم

Appareil ACG

+ + + + +

Bézatidol + Leg 110

Syrup 1L

390.00 x 4

Galvus Met 50 mg



540,00

ORLIMEDIS NELLUC S.A.R.L.
Agence 20 - Agence de la Presse - Casablanca
Tél : 022 83 36 46 - 022 83 36 46
Marrakech - Agence Route de l'Oasis - Casablanca

PHARMACIE BACHOU
Bachou et Rac Bachou N° 07 A/B
Marrakech - Agence Route de l'Oasis - Casablanca
Tél : 022 83 36 46
AMRI T QUALITÉ
Qualité en pharmacie

DR. ARBAOUI FATHA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare de l'Oasis) - Casablanca
Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis)

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 00171496900

PPC : 283,00 Dhs

PPC : 283,00 Dhs

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH