

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0061770

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8326 Société : 146520
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : DR SOUECH LOTFI
Date de naissance : 19/10/1965
Adresse : 47 RUE IMAM MOUSLIM OASIS
Tél. : 0661396306 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/01/2023
Nom et prénom du malade : BENAZOUZ JENMAT Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Anémie ferriprive
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 : 19/01/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
19/11/23	C		300,00	
20/11/23	Feringect		800,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

19/11/23

2742,00 dh

PHARMACIE ABOUKREI
9, Rue des Souverains Oasie
Casablanca
Tél: 0522 99 64 10
NPE: 092087428

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

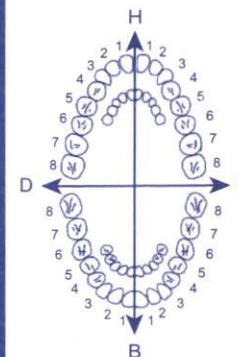
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	

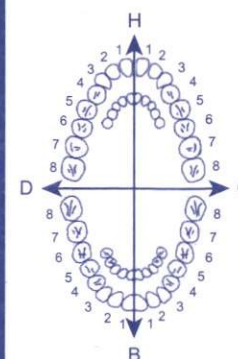
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاد

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le 19/07/23

PLI confidentiel

Mme Benazzag Jennat
est suivie pour anémie
ferreuse positive à Tgd'Hb.
son fer injectable et
recentral au bilan hématologique

Dr. M. ZAFAD
Hématologie - Oncologie pédiatrique
Clinique Al Medina
Tél : 05 22 77 77 40 à 49
Email : medina25@yahoo.fr



Hme Benayouz Jemmat

1371,00x2

ferinject 500mg

2742,00 2 flacons

PHARMACIE ABoudabi
9, Rue des Eucalyptus Oasis
Casablanca
Tél: 0522 99 64 10

Dr. MERDADI
Hématologue - Oncologie
Clinique Al Madina
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Email: fmeradi25@yahoo.fr

Reçu de caisse

N° : 2301201149120160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
E2300183	BENAZZOUZ JENNAT	20/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	SG 5037090 Lui-même	800,00
PAYANT	Total payé	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 71 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 1024 / 2023 du 20/01/2023

Nom patient **BENAZZOUZ JENNAT**
PAYANT

Entrée 20/01/2023
Sortie 20/01/2023

FERINJECT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FERINJECT	1.00	INJECTION	800.00	800.00
			Sous-Total	800.00
Total Clinique				800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	800.00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique CASABLANCA
TEL: 05 22 77 40 à 48 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01



Casablanca, le 19/11/2023

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur

Dr Meunier Jatinio

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M^r / M^{me} / M^{lle}

Bencabou2 jennat

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires pour

consultation

S'élevant à la somme de #

300,00

DHS

AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Oncologie
Tél : 05 22 77 77 40 à 49
Email : fuenmi25@yanoo.fr

Cachet et Signature

50 mg de fer/ml
ferinject®

Distribué par
PROMOPHARM S.A
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PPV: 1371 DH 00



50 mg de fer/ml
ferinject®

Distribué par
PROMOPHARM S.A
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PPV: 1371 DH 00

