

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8326

Société : 146520

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DRIOUECH

LOTFI

Date de naissance : 19/06/165

Adresse : 47 RUE IMAM MOUSLIM OASIS

Tél. : 0661396306

Total des frais engagés : 102 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MERRIMI
Hématologue - Oncologue
Clinic Al Marjan
Tél : 05 22 77 77 40 à 49
Email : merrimi25@yahoo.fr

Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : Benazzouj Lemmat Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Anémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

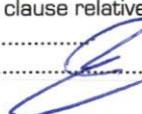
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CNSA

Le : 19/01/2023

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
10/11/23	CD		300,00	
10/11/23	Ferinject		800,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Méchant de la Facture
 <p>PHARMACIE ABOU EL BÉÏD 9, Rue des Bouvreuils Oasis Casablanca Tél: 0522 99 64 10 092087428</p>	<p>Le 19/10/2013</p>	<p>CLINIQUE EL MADINA El F4, 20000</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

er la fourniture de tous

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
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



Docteur Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعيدة زفاص

أستاذة مبرززة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الأطفال
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

19/07/23

Pli confidentiel

Mme Benazzouj Tennat
est suivie pour anémie
peripherique résistant à 7g d'Hb
avec fer injectable, et
nous ferons appel à un spécialiste
pour éliminer une étiologie

Dr. M. M. ZAFAD
Hématologue - Oncologue Pédiatrique
Clinique Al Madina 49
Tél : 05 22 77 71 40 à 49
Email : mazafad@yahoo.fr



Dr. Me. Benayzouz Fennat

1371,00 X 2

ferinject 500 mg

✓ 2 flacons
2742,00

PHARMASIE ABOUDABI
9,Rue des Bâcheveuils Oasis
Casablanca
Tél: 0522 95 64 10

Dr. M. BENAYZOUZ
Médecin - Oncologue
Clinique Al Madina
Tél: 05 22 77 77 49
Email: fmeim123@gmail.com

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

532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
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
<i>Sous-Total</i>				800.00
Total Clinique				800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS	Total	800.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

05 22 77 40 02 25 00 01 (G)
522-BD Panoramique - Casablanca
CLINIQUE AL MADINA
FRC



Casablanca, le 15/11/2023

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur..... Dr Meimi Jatim

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mr / Mme / Melle Benzazouj jennat

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

consultation

S'élevant à la somme de # 300,00 # DHS

Spécialité : Oncologie Pédiatrique
Télé : 0522 77 77 49 à 49
Email : fmelimi25@yahoo.fr

Cachet et Signature

۱۱۱/۰۹

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

