

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-708868

163459

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 050042 Société : ...

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : ...

Nom & Prénom : THIRI BENJELLAN BADA

Date de naissance : 06/12/1968

Adresse : Bd Ibn Sina Immeuble MC HAY ESSALAM - CIL

Tél. : 0621182602 Total des frais engagés : 528,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. A. EL KHALIFA Gastro-Entérologie - Proctologie Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni Casablanca - Tél : 05 22 20 24 22

Date de consultation : 20/05/2023

Nom et prénom du malade : THIRI BENJELLAN BADA Age : 55

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

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : CASABLANCA Le 20/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : ...

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/03/23	C.S.		322,20	INP : 1094184034

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	228,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية المنيع

Pharmacie La Source

El moumni Mouna

Docteur en Pharmacie

Diplômée de la Faculté

de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 20/03/2023

Facture 11455

Facture M. Tawini Benjelloun Badi

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
2	Imodium 20	82,10	164,20
2	eucarbon	32,00	64,00
		228,20	
Arrêter la présente facture à la somme de deux cent vingt huit dirhams et vingt centimes			
PHARMACIE LA SOURCE D. EL MOUMNI MOUNA 7, Rue Aïn Asserdoune - C.I.L. - CASABLANCA Tél : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat : 34812010 N° 0522362485 / 0522362669			

ICE 000809110000079

7, Rue Aïn Asserdoune - C.I.L. - CASABLANCA

Tél : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat : 34812010

N° 0522362485 / 0522362669

Dr. EL KHALIFA Asma
GASTRO-ENTEROLOGUE
Proctologie - Endoscopie digestive
Echographie



دكتورة الخليفة أسماء
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج (البواسير) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 20.03.2023

Mr TOUIMI BENJELLOUN Badr

164,20

82,10 x 2

1 - INEXIUM 20 mg cp gastrorésis : Plq/28

1 le matin, avant le repas, pendant 4 semaines

64,00

32,00 x 2

2 - EUCARBON

Prendre 2 cp le matin et le soir pendant 15 jours.

228,20

Dr EL KHALIFA Asma

PHARMACIE LA SOURCE
07-88-22-24-22 / 05-22-36-26-69
Tél: 05-22-36-24-89 / 05-22-36-26-69

DR EL KHALIFA
Gastro-Enterologie - Proctologie
Rés: Les Roches 59, Bd Zerktouni
Casablanca Tél: 05-22-20-24-22



Lot: 32100
EXP: 07.2027
PPV: 32.00 DHS

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bna el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21A190 P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

Lot: 32100
EXP: 07.2027
PPV: 32.00 DHS

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bna el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21A190 P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

59, شارع الزرقتوني, إقامة الزهور, الطابق الثاني
الهاتف: 05 22 20 24 22
البريد الإلكتروني: docteuralkhalifa@gmail.com