

## 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.

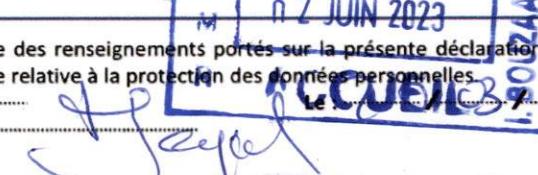
N° W21-708868

163459

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	V50040	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Tarihi Benjelloun Badia			
Date de naissance :	06/12/68		
Adresse :	Rd Tibu Sina Immaniale 114 H.A.Y ESSALAM - CIL		
Tél. :	0621182602	Total des frais engagés :	52640 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>DR. A. EL KHALIFA</b> <i>Gastro-Entérologie - Proctologie</i> <i>Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zeitouni</i> <i>Casablanca Tel : 05 22 20 24 22</i>			
Date de consultation : 20/03/2023			
Nom et prénom du malade : Tarihi Benjelloun Badia Age: 55			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Affection digestive</i>			
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  
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
20/03/23	C.S.		300,00€	INP : 1094118103R

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																												
				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"/>																								
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D		G		00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
									H	25533412	21433552																	
										00000000	00000000																	
									D		G																	
										00000000	00000000																	
	35533411	11433553																										
B																												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																												
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																												

صيدلية الماء العذب

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 11455  
In Tawine Benjelloun Badr

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
2	Isoptin 20	82,10	164,20
2	erucarbon	32,00	64,00
			228,20

Annexe la présente facture à la somme  
de deux cent vingt huit dinhams et  
vingt centimes

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr BENJELOUN BADR  
Tél. 05 23 62 23 51  
05 23 62 23 52  
05 23 62 23 53  
05 23 62 23 54  
05 23 62 23 55  
05 23 62 23 56  
05 23 62 23 57  
05 23 62 23 58  
05 23 62 23 59

ICE 000803110000079

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

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

SNPE 05 20 38 710

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



دكتورة الخليفة أسماء

**أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
أمراض المخرج (البواسر) - الفحص بالمنظار  
الفحص بالصدى**

20.03.2023

Casablanca, le :

Mr TOUIMI BENJELLOUN Badr

164,20

82.10α2

1 - INEXIUM 20 mg cp gastrorésis : Plq/28

1 le matin, avant le repas, pendant 4 semaines

~~64.00~~

$$32.00 \times 2$$

2 - EUCARBON

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

228,90

2 cp le matin et le soir pendant  
PHARMACEUTIQUE LA SOURCE  
03 22 36 21 00 03 22 36 25 93 D

Dr EL KHALIFA Asma

Lot:	<u>32100</u>	4406A
EXP:	07/2027	32-000PHS
PPV:	<u> </u>	

SYNTHÉMÉDIC  
 22 rue zoubair bno al acasim roches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**  
 20 mg Cpr GR.  
 Boîte 14  
 6401565MP/21INRQ P.P.W: 82,10 DH  
 6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnoi el ouaam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

الهاتف: 0522202422

البريد الإلكتروني : docteurelkhalifa@gmail.com