

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 :	896	Société :	AT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DR EL KHITI ALAoui H'Hamid
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
B. EL KHITI ALAoui H'Hamid		28/01/43	
Adresse :		J. Rue L'ESPRESSO EN ci. Casablanca	
Tél. :		66 766 113	Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15 SEP 2023	Age :	_____
Nom et prénom du malade :	B. EL KHITI ALAoui H'Hamid		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Tremblement		
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.

à : Casablanca

"adhérent(e)" : _____

Le : 15/10/23



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
15 SEP. 2023	02		300.914	DR. A.F. EL KHALIFI NEUROLOGUE Residence les Fleurs 59, Bd. Zektouni - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/2093 15/09/2023 Moussem Janca 23	82,60 82,60 497,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: center;">CLINIQUE DE TOCQUEVILLE 64, rue de Tocqueville 75017 PARIS Tél. : 01 43 80 13 40 Fax : 01 43 80 13 40</p>			35,55€

AUXiliaires MÉDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

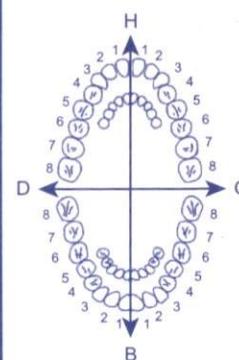
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

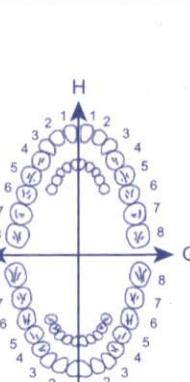
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
<hr/>																					
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
<hr/>																					
B																					
																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

"Résidence les Fleurs"
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي الجامعي
ابن رشد بالبيضاء

إقامة الزهور»

59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

05 22 20 19 63 }
الهاتف 05 22 27 91 37

Casablanca, le :

15 SEP. 2023

A. Khalidy
Aloua
Aissa

203857

22,60

22,60

22,60 x 22

Totopimate 25

11 x 2



Pharmacie FOUCAU

27, Rue Moussa Bnou Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

xx xx 4

- 001

437,20

~~PHARMACIE ZIMA~~
27, Rue Ahmed El MMRI
Cité Plateau Lycée Al Waha
Tél : 022.99.43.95 - Casa

~~J.F. A. EL KHALI~~
NEUROLOGUE
Residence Les Fleurs
59, Bd. Zerkouni, Casablanca

TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6118001 380053

Lot: AC0423D
Per: 03/2026
PPV: 22DH60.

ESOS 9.10.11

x22 ←
Ged



Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي
ابن رشد بالبليضاء

«إقامة الزهور»
59. شارع الزرقطوني - الدارالبيضاء

05 22 20 19 63 }
05 22 27 91 37 } الهاتف

Casablanca, le : 15 SEP. 2023

أ: بوجنة
Aloui
Thamek

Mysoline
1/2 5x21,1

(i) PHARMACIE DE TOCQUEVILLE
64, rue de Tocqueville
75017 PARIS
Tél. : 01 43 80 13 40
Fax : 01 43 80 95 24
75 2 03869 5

Dr. A. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59. Bd. Zerkouni-Casablanca

0 SOCIETE PHARMACIE DE TOCQUEVILLE
 au capital social de 0 euros
 . WUHRLIN - CHARBONNEL
 64 rue de Tocqueville
 75017 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0143801340 Fax: 0143809524
 N° SIRET : 79174316400018 - N° SIREN : 000000000
 TVA Intracommunautaire : FR10791743164
 RCS : 791743164 - Ville de greffe : 0
 Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

FACTURE

N°5325/860408
 Du 28/09/2023
 Date de l'échéance 29/09/2023

BELGHITI Mohamed
 rue de levis
 75017 PAIRS
 FRANCE

Prescripteur : MEDECIN Etranger
 N° AM : 751999996
 Opérateur: FRANCOISE C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
MY SOLINE 250MG CPR SECABLE 50 3400930698259 N° Ordonnancier : 653073	PH2	0	4	7,581	2,10%	30,32
Honor. dispens. HD2	HD2	0	4	0,999	2,10%	4,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
34,82	2,1% (4)	0,73	35,55
Total HT		Total TVA	Total TTC
34,82		0,73	35,55

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	35,55

Reste dû	35,55
-----------------	-------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1