

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 joints 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° W19-460258

Copie
Rec
BB

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1143	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BALMANE Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066 178 92 12		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. ELBELHADJI PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE			
Date de consultation : 24/11/2024			
Nom et prénom du malade : B. Almane Mohamed Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire			
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 : 24/11/2024



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
14/04/14	CS		5	INP : 0330160 PROFESSIONAL MEDICINE DR. ELEHARDI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien MACIE DOUNIA - SRATA ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
H Jamilia & Cie Disfras 108 s Rue Mame Diakhaté tel : 05 22 31 86 11 e : 003392426880073 SFRMAD jamilia 145 5 22 31 86 11 003392426880073	24/11/24	79,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: center;"><i>DURATURE D'ANALYSES RADILOGIQUES EL FIRDAOUS Jamila 7 Rue 14 N° 90 C.D. 25/10/1444 B200 CASABLANCA TEL: 05 22 57 64 21 Fax: 05 22 57 64 21</i></p>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

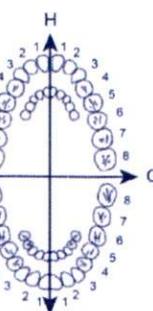
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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				
 H D G B				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le..... 24/01/24

Mr: BAL HANE Mohamed

- NFS+PLAQUETTES
- GLYCEMIE A JEUN
- UREE+CREAT
- TP-TCK
- HBA 1-C

Laboratoire d'analyse et de suivi
EL FIRDAOUS
Jamilia 7 Rue 14 N° 90 C.D.
CASABLANCA

Dr. ELBELHADJI
PROFESSEUR EN
OPHTALMOLOGIE

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 - Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Domiciliation Bancaire : Banque populaire -Agence Oued Eddahab

Compte N° : 178 780 21 211 36 24 330 000 346

Identifiant commun de l'entreprise : 001660300000062

Patente : 57432824

INP : 093 000909

CNSS : 6418976

FACTURE N° : 240100382

CASABLANCA le 25-01-2024

Mr BALMANE Mohamed

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
	Temps de céphaline activé	B40	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14 N°90 C.D.
CASABLANCA
Tél : 0522 57 64 21 - Fax : 0522 55 33 42



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le.....

24/1/14

Dr Balma Tolkas



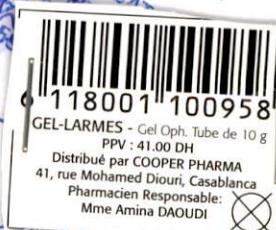
38,50
1/1 siluflus gel on artelac
on n'sme

PHARMACIE DOUNIA - SBATA
Hay Jemaa V Cite Dioura
108.Bis Rue 145 Sidi Abdellah Casablanca
Tél : 05 22 37 14 47
Fax : 003392425800073

2/1 Me phs
41,00 Gel-larme Gel
on eye fol

PHARMACIE DOUNIA - SBATA
Hay Jemaa V Cite Dioura
108.Bis Rue 145 Sidi Abdellah Casablanca
Tél : 05 22 37 14 47
Fax : 003392425800073

Nap x 2/1
an
79,50



25, Bd. Ifni (en face de Lydec), Aïn Borja, Casablanca
Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24
E-mail : direction@cliniqueainborja.ma
Site web : www.cliniqueainborja.ma

PROFESSEUR EN
DENTAL MOLLOGIE
DR ELRELHADJI