

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : KABA 3068 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Khaddaj Babar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :
.....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

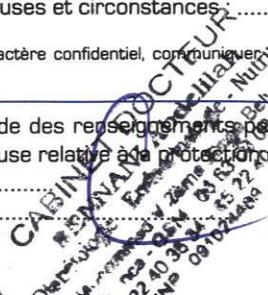
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/04/2021



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
3/1/21			300	<i>CABINET DOCTEUR ABOUZALFALA - N° 26</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL HANK Dr. A. VILLE BLAIS Dr. INPE: 092024017 Code: Cité El Hank, Imm 36 94-22 Tel: 0524 39 02 44</i>	31/03/21	615.60

ANALYSES-RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <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>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1,

Ain sebaa Casablanca

Amarel 4 mg. Caja 30

P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

43,50

**Alvityl®
TONUS**

GINSENG & CAFÉINE/CAFFEINE
10 Vitamines/Vitamins,
2 Minéraux/Minerals

STERIPHARMA
complément
alimentaire n'est pas
médicament
PPC:100,00 dh

الجينسنج & الكافيين
10 فيتامينات، 2 معادن

**Alvityl®
TONUS**

GINSENG & CAFÉINE/CAFFEINE
10 Vitamines/Vitamins,
2 Minéraux/Minerals

STERIPHARMA
complément
alimentaire n'est pas
médicament
PPC:100,00 dh

الجينسنج & الكافيين
10 فيتامينات، 2 معادن

122,90



13

28,10

PHARMER LOT : 1430
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

0

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

0

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

0

7862160335

JNIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



GS300

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

JNIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



GS300

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

JNIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



GS300

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

JNIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



GS300

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :

Bd A

KL (Jouj)

grise

IBAN

TJ (hv)

MPS-U

crem

**CABINET DOCTEUR
BENNANI Abdelilah**
Diplôme : Endocrinologie - Nutrition
433, Bd. Mohammed V Ziama Belvédère
Casablanca - QEM - 06.93.28.09.47
Tél. 05.22.40.33.34 - 05.22.40.33.35
INP 091024489

(05/27)

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h -17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

433، شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 35 / 34

433, Bd. Mohammed V, 2^{ème} Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1^{er}) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35

GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmail.fr



valable 3 mois

Le 31/3/2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, Mr, Dr, M.

haha kledou

Présente

Dribek - Ngade - HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance : (Q7)

(à défaut noter le traitement prescrit)

Le 6 Mars / Mars / 2011

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-18 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Alial BENABELLAH et Rue Fakher (appartement 2ème étage Heintz) - Casablanca

Raison sociale : Euro nada
l'izdihar immeble 11n 12 bloc4
bd el maghribe
002 602 084 00005
20%

Le 27-04-2021

Facture		F-2021-1029	BabaKhadouj	TVA Client :			
Réf	Désignation			Unité	Quantité	PU TTC	Remise
471062733				U	4,00	70,00	

Mode de règlement : Espèce

Echéance de paiement: 27-04-2021

Règlement(s)/Acompte(s) :

A
EURO NADA SARL AU
El izdihar Imm 11 N°12 Tranche 1/1
Bld Al Maghreb Al Arabi
BP 1000 Casablanca
Tél: 0664 234 444

Total HT :	233,33dh
TVA : TVA 20%	233,33d 46,67dh
Total TTC :	280,00dh
Règlements :	0,00dh
Net à payer :	280,00dh

Net à payer :deux cent quatre-vingts dh