

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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 caractére 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

Nº M21- 064285

80312

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11430

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : JAIBAR

ABDEL Krim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAIBAR

Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-64285

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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.

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° W19-569095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11430

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAI BITR

ABDEL KACIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0660548105

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 25/10/21

Age:

Enfant



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
05/08/2021	Lentille de contact			INP : 091048364 Dr. Khadija
				Dr. Khadija
				Dr. Khadija
				Dr. Khadija

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Hay El Azizieh Immeuble 05 Sidi Ben Aissa Casablanca	22/08/21	620,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

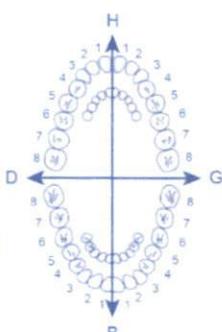
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

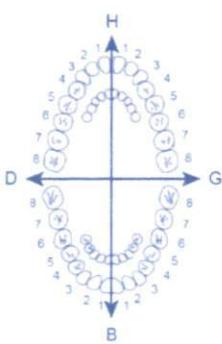
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khadija BENDDANE

الدكتورة خديجة بندان

Spécialiste en Médecine Interne

طبيبة اختصاصية في الطب الباطني

Echographie médicale

الفحص بالصدى

Diplômée de la Faculté de Médecine

de Casablanca

لا تغير تاريخ الفحص

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

05/8/21

U JMI BAR HAFSA

- Pielof varus ?

620,926; Smejj

Bile a V

Docteur Khadija BENDDANE
Spécialiste en Médecine Interne
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
68, Hay Katafa El Moudi, 13 nou jabal
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel.: 05 22 33 33 37 / 06 62 15 05 45

Spécialiste en Médecine Interne

Echographie médicale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

طبيبة اختصاصية في الطب الباطني

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 01/06/2021

*Jr. Khadija BENDDANE
Spécialiste en Médecine Interne
Diplômée Faculté de Médecine de Casablanca
Hay Katala, Bd. Moulay El Yazid - Casablanca
Sidi Bemoussi - Casablanca 20500
Tél : 06 22 73 33 37 / GSM : 06 62 15 05 45*

Roffort Nédi Col

*Yell = Membre HAF LA
présent des signes cliniques
qui montrent le perte
d'émotions*

*qui montrent le perte
d'émotions*

d'émotions

*Jr. Khadija BENDDANE
Spécialiste en Médecine Interne
Diplômée Faculté de Médecine de Casablanca
Hay Katala, Bd. Moulay El Yazid - Casablanca
Sidi Bemoussi - Casablanca 20500
Tél : 06 22 73 33 37 / GSM : 06 62 15 05 45*



PHARMA CLIC SARL

Facture N° : FA0324

DATE	CLIENT	PAGE
27/08/2021	0751	1

V/ BC :

BL N° :

JAIBAR HAFSA

MAROC CASABLANCA

MODE DE RÈGLEMENT :

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. HT	MONTANT HT
0273	SEMELLES POUR PIED CREUX	1	516.67	516.67

PHARMA CLIC
Hay El Azhar Tranché 14
Im. 19 N°5 -sidi Bernoussi
Casablanca - Tel/Fax: 05 22 76 60 69

BASES HT	REMISE	MT TVA	% TVA	TOTAUX
516.67	Tx: 0 0.00	103.33	20	H.T. : 516.67 T.V.A. : 103.33

TOTAL TTC
620.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

six cent vingt dirhams

Loran Engineering s.r.l.

Via B.Buozi 25 - Castel Maggiore - 40013 Bologna

Téléphone: +39 051 6325552 - Fax: +39 051 6325203

eMail: staff@loran-engineering.com - Web: http://www.loran-engineering.com/

PATIENT: HAFSA JAIBAR

ADRESSE:

DATE DE NAISSANCE:

PROFESSION:

TÉLÉPHONE:

POIDS:

HAUTEUR:

MÉDECIN: DR BENDDANE

T°PORTABLE:

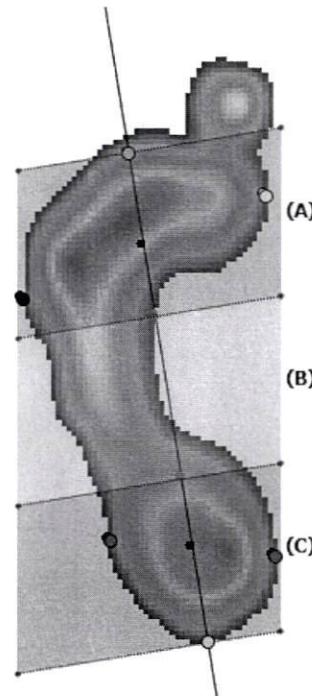
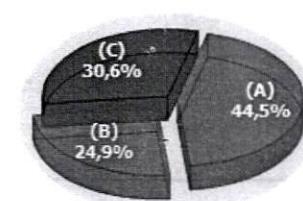
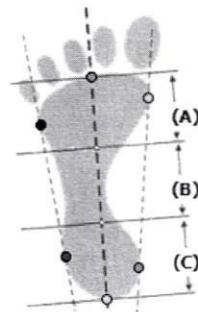
TAILLE DES CHAUSSURES: 38

PATHOLOGIE:

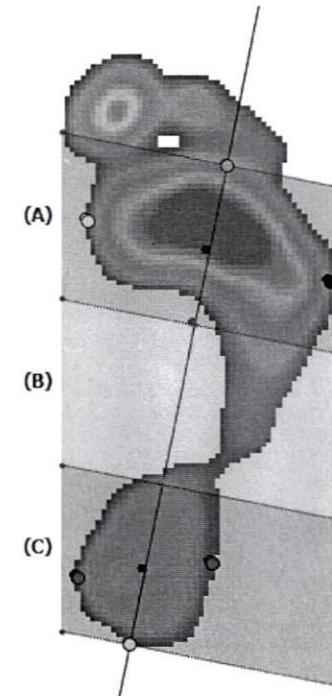
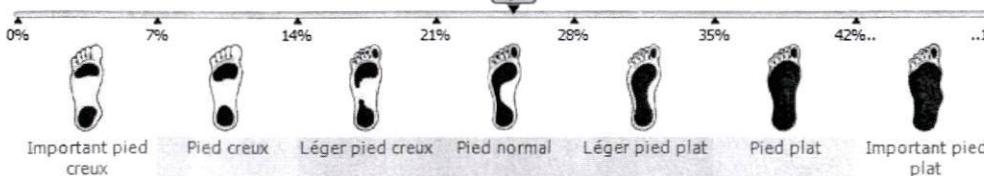
Lejor pied creux

EMAIL:

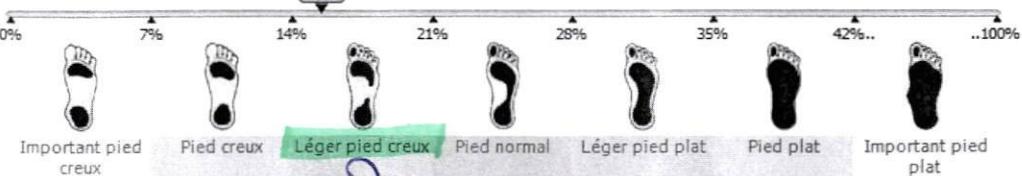
Analyse statique



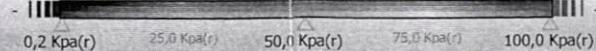
AI (Arch Index) : 24,91 %



AI (Arch Index) : 15,49 %



Scala Colori Pressioni



Impression (DATE: vendredi 13 août 2010 HEURE: 14:28:43) Analyse (DATE: vendredi 13 août 2010 HEURE: 14:27:25)