

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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 canaux, 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 canaux.

## 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.

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° M21- 0034363

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JAMALI Saïd  
Date de naissance : 01/05/1952  
Adresse : 104 B<sup>te</sup> Ghandi Hay BENSY BERRECHID  
Tél : 0664559080 Total des frais engagés : 1158,50 Dhs

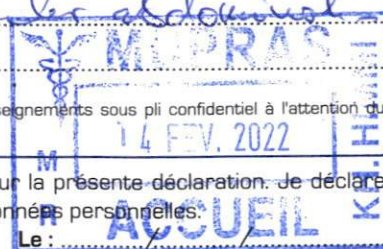
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Ahmed JABRANE  
NEPHROLOGUE  
INP : 121079461  
Quartier Soumaya Ben Mella  
Tél : 05 23 40 11 11 Fax : 05 23 40 60 63  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Meteosis et de l'abdominal  
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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
22/12/2021				Docteur Ahmed JAWAHIR N° : 1210746-1 Quartier Soumia BP 180 Tél : 05 23 48 71 42

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/21	758,65

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/12/21	240	400 000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION







Béni-Mellal, le:

27 Fev 2006

بني ملال في:

Docteur Ahmed Jawad JABRANE  
NEPHROLOGUE  
N°P : 121079461  
Quartier Soumiya Béni Mellal  
Tél : 05 23 48 71 42 Fax : 05 23 48 68 69

Tamali  
Soud  
68 ans

A. U. S. D. chabouk

Dr. EL Kohen Abdelhamid  
Quartier Soumiya BP466  
Béni Mellal  
Tél : 05 23 48 71 42

Docteur Ahmed Jawad JABRANE  
NEPHROLOGUE  
N°P : 121079461  
Quartier Soumiya Béni Mellal  
Tél : 05 23 48 71 42 Fax : 05 23 48 68 69



121079461

مصحة ومركز تصفية الدم جبران، حي سوميية ص.ب. 571 بني ملال. الهاتف: 05.23.48.68.68 الفاكس: 05.23.48.68.69  
Clinique et Centre Hemodialyse JABRANE, quartier Soumiya, B.P. 571 Béni-Mellal. Tél : 05.23.48.68.68 - Fax : 05.23.48.68.69

PATENTE : 41918306 - IF : 18770322 - RC : 7319 - CNSS : 2192805 - ICE : 001547204000094

E-mail : clinjabrane@yahoo.ca



120062369



**CENTRE RADIOLOGIE TADLA-AZILAL  
BENI MELLAL**

**Dr. Abdelhamid EL KOHEN**

- Médecin Spécialiste en Radiologie
- Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
- D.U. d'Echographie
- D.U. de Radiologie Maxillo-Faciale

Nom : JAMALI SAID  
Examen(s) : Rx ASP Debout+coupole

Prescripteur: Dr JABRANE  
Le: 28/12/2021

**COMPTE RENDU**

**ASP debout + coupole :**

- Répartition normale des clartés digestives
- Absence d'image de niveau hydro aérique
- Absence de PNP .

Signé : Dr. EL KOHEN Abdelhamid

  
Dr. EL KOHEN Abdelhamid  
Quartier Soumia BP466  
Béni Mellal  
Tél : 05 23 48 71 42

# CENTRE DE RADIOLOGIE TADLA-AZILAL

**DR. Abdelhamid EL KOHEN**

Médecin Spécialiste en Radiologie.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris.

D.U. d'Echographie.

D.U. de Radiologie Maxillo-Faciale

**DATE: 28/12/2021**

**NOM ET PRENOM : JAMALI SAID**

**FACTURE N°: 3849/2021**

Examens	Cotation	Montant
Rx ASP Debout+coupole	Z40	400,00
<b><u>TOTAL</u></b>		400,00

**Arrêtée la présente facture à la somme de**

**QUATRE CENTS DHS**

Signé : Dr. EL KOHEN Adelhamid

Dr.EL Kohen Adelhamid  
Quartier Soumiya BP466  
Béni Mellal  
Tél : 05 23 48 71 42

Patente N° 41918269 - IF 20745879 - CNSS 2241313 - ICE: 001713339000020 - R.C: 7813 INPE : 121057079

Quartier soumiya - Béni Mellal,

الهاتف - حي سمية ؛ بني ملال : 023 48 71 42/023 48 71 42



121057079