

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.

Diagnostique 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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.

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° M20- 0006185

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EZZAHER ALI
Date de naissance : 01 - 01 - 1948
Adresse : Bouchentouf Rue 52 N° 15 CASA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/02/2022
Nom et prénom du malade : Toukia Essafar Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Talalgie
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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'accomplissement des Actes
28.02.2022	Consultation	1	2500	Dr. EL MOXAMMAD Idrissi Nadi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES LOURDES 223, Rue 40-Dar el Bachentoul CASABLANCA 20560 Tél : 05.22.28.45.24	01/03/2022	2500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01 MARS 2022		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
KIT MEDICAL 33, Rue Lamine El Arjouni Quartier des Harpiaux - Casablanca Tél: 05 22 38 04 31 - 05 22 86 03 66 Fax: 05 22 80 04 16 C7	01/03/2022	AM PC IM IV	2800

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 de l'occlusion.

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

⊙ΣΗΞΗΣ مغ

يب

CELEPHI® 200 mg 10 Gélules ○



6 118000 051619

مات

ORDONNANCE

Φ
h.i

صيدلة

Tel : 05 22 28 45 24
CASA BLANCA 2058
Pharmacie de Spécialité
Distributeur
Médicaments
CASA BLANCA 2058

Le 01.03.2022

Hme

Toukia Essafar

75,00

صيدلية درب بوستوف
PHARMACIE DERS BOUSTOUF
223, Rue 40 Dm. - Casablanca
★ CASABLANCA 20580 ★
Tél : 05.22.28.45.24



2/ Celephi 200mg



1 gel 10.

par 100

KIT MED SLAOUI ET CIE
33, Rue Lahcen Al Arjouna
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tel: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66
Fax: 05 22 80 04 16 C7

280.00

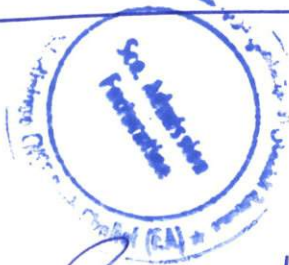
2/ Semells orthopédiques
(épiphysaires)

Dr. BELMOKADDEN ELIDRISI
Médecin Généraliste
CIS Mers Sultan El Fida
Casablanca
Tél: 0711553535

ORDONNANCE

Le 28.02.2022

M^{me} Toukia Essafar;



Rx. Se 2 Talons.

Dr. BILAKABANDA BILAKABANDA
Médecin
C/S Médecin Généraliste
Cumbalencia - INPE: 071155304
Radiologie



Équipement Médical

0066475

Client : ESSA FAR

ESSA FAR

AU COMPTANT:

Casablanca, le : 01/03/2022

Référence	Désignation	P.U.T.T.C	Total T.T.C
	SL-500Y Semelle en Silicone	1x280	280
<div><p>SEMELE SILICONE ORTHOPEDIQUE L.I.XE</p><p>SL-500Y</p></div> <div><p>KIT MED SLAOUI ET CIE 33, Rue Lahcen Al Arjoune Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66 Fax: 05 22 80 04 16 - C7</p></div>			
Total T.T.C			280,00

33, rue Lahcen Al Arjoune. Quartier des Hôpitaux. (en face Hôpital 20 Août). - Casablanca - Maroc

Tél.: (212 522) 86 34 27 / 86 03 66 / 86 08 56 / 86 04 31 - Fax: (212 522) 86 04 16 - Email : kitmed@menara.ma - Site web : www.kitmed.ma
SARL au Capital de 4 500 000,00 DH - Patente : 36340920 - RC : 89693 - IF : 01086332 - CNSS : 2734475 - ICE : 001530628000088

Notre Marchandise n'est ni Echangée ni Retournée

Casablanca le : 01/03/2022

Patient (e) : ESSAFAR TOURIA

RX. TALONS DE PROFIL

Epine calcanéenne bilatérale.

Aspect de la trame osseuse.

DR BENBRAHIM

Department of Psychiatry, University of California, San Francisco
 Medical Center
 1601 Divisadero Street, Box 0444
 San Francisco, CA 94143-0444
 Tel: 415 355 5830
 Fax: 415 355 5830



N° IPP : 1278199		N° SEJOUR : 220018759		FACTURE N° 2203007484		DATE D'ENTREE : 01/03/2022		DATE DE SORTIE : 01/03/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : ESSAFAR, Touria								
MALADE : ESSAFAR, Touria												
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :								
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT		
ACTES DE RADIOLOGIE												
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00	
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .					TOTAUX :	300.00					300.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
					REMISE :		0.00	REGLE :		300.00	AVOIR :	
					RESTE DU :		0.00					
DATE FACTURE : 01/03/2022					EDITEE LE : 01/03/2022		PAR: BILAL		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :					
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef					
					BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
					N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

