

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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2265

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : O.U.S.BOU IKHLEF

Date de naissance : 01/06/1953

Adresse : Rue N° 37 Jamila 7 cité Djemaa Casab.

Tél. : 0665932088

Total des frais engagés : 601,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHAN Bouchra KATIDI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

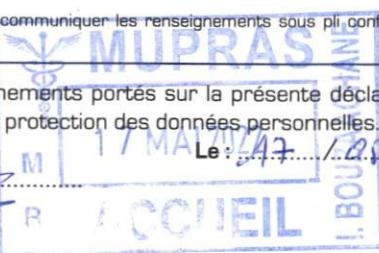
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casab.

Le : 17/07/2012

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
9-2-2021	L	1	150000	Dr. Fouad BEN HADDOUCHE Signature : 2914474

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9.03.2022	451,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the left. A second horizontal arrow labeled 'G' points to the right. A vertical arrow labeled 'B' points downwards.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

LOT: KE10082
PER: JUL 2023
PPV: 80 DH 00

LOT: KE10081
PER: JUL 2023
PPV: 80 DH 00

LOT: KE10040
PER: AVR 2023
PPV: 80 DH 00

Le 9-03-2029
(80,00 x 3) KHAIFI خ. KHADJA

- س - كتف سنج.

(39,80 x 2) سنج - سنج 03 من
три дня

- كتف سنج

PPV: 39DH80
PER: 09/24
LOT: K2549

PPV: 39DH80
PER: 09/24
LOT: K26549

(27,00 - 5) - سنج 03 من
три дня

- Almizcher

1 - C

LOT: 00000000000000000000
PER: 08/2023
PPV: 27,00 DH

PHARMACIE DOUNIA
N°108 Bis
N°41
Jamila S.
Tél: 0522 86 30 20
ICE

LOT: 00000000000000000000
PER: 05/2025
PPV: 27,00 DH

29,00

- وصفة طفولة

22,00 2 - 1 - 1

- سنج

7 - 1 - 1

451,60

22,00



زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 إلى 7

POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	826064	N° SEJOUR :	220021467	FACTURE N° 2202005586				DATE D'ENTREE :	09/03/2022	DATE DE SORTIE :	09/03/2022		
ASSURE :								DESTINATAIRE :	Kharfaoui, Khadija				
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI												
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S :												
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :												
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :											
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE				
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT			
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00			

Intervenant :	04112015 DR BEN KADDOUSS FOUAD NEURO-CHIRURGIE	TOTAUX :	150.00							150.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
				REMISE :	0.00	REGLE	150.00		AVOIR:			
				RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	09/03/2022	EDITEE LE :	09/03/2022	PAR:	LAGRIB	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												