

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdella Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupr



Déclaration de Maladie

N° W21-773979

143450

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

293

Société :

RAN

RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZIZ ALLAL

Date de naissance :

1932

Adresse :

N° 56 Rue NSK ELLIE HAGARRAH
CASAB

Tél. :

Total des frais engagés : 17760 Dhs + 28,45€

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/12/22

Nom et prénom du malade :

AZIZ ACCAC

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

zhu a lertan

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 : 08/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

zuc

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
2022			300,-	INP : 101807662 Sheikha Khalifa Abi Hamid Présidente

EXÉCUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PARIS PHARMACIE ORLY SUD PA190-94512 ORLY AÉROPORT Tel. : 01 49 75 74 70 Dr. Carcione BGHE pharmacieorlysud@gmail.com	08/12/22	PARIS PHARMACIE ORLY SUD PA190-94512 ORLY AÉROPORT Tel. : 01 49 75 74 70-6h-21h Dr. Carcione BGHE pharmacieorlysud@gmail.com	1476,00
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet, signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PARIS CLINIQUE MEDICAL 05 72 93 32 16 06 61 60 54 68			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			00000000			35533411			11433553			B			
	H	25533412	21433552																						
	D	00000000	00000000																						
	G																								
	00000000																								
	35533411																								
	11433553																								
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/12/2022

1^{er} Azi 2022
 258100 ₦ ⌈ 18€
1 Nodopan 20mg ⌈ S.T ⌈ 037728# ⌈ 21/12/22
 12p = 8h - 12v = 17h
 12p = 14h - 12v = 19h →
 (589,00x2) ⌈ 11v = 20h ⌈ 18€
21 Sifral 1,05 ⌈ 037728# ⌈ 21/12/22
 ⌈ 1000 ⌈ 18€
 ⌈ 1000 ⌈ 18€

PHARMACIE AHMED ALI
 DR. A. EL JOUADI
 SARL AU
 Tél/Fax : 05 22 97 32 16
 GSM : 06 61 60 54 68
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Prof. OUHABI Hamid
 Neurologie
 01107662

PHARMACIE AHMED ALI
 Dr. Ali EL JOUADI
 SARL AU
 Tel/Fax : 05 22 97 32 16
 GSM : 06 61 60 54 68

Distribué par Roche S.A. ○
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivrière 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A. PPV : 589 DH 00

30/02/07-02

6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A. PPV : 589 DH 00

30/02/07-02

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/12/2022

Dr Azziz Alali

1/ GUT 100 mg
en 1/2

2/ ANTACID 100 mg

en 1/2 en matin

PHARMACIE DR. Y. SIDI		CIP		Prix/U Baseless HD Txs		GARANTIE D'EXPÉDITION		CPT		Montant total : 28,45		Montant A.M.D. : 0,00		Montant Assurance : 28,45		Les montants s'entendent ayant appliqué la loi de la sécurité sociale relative sur le code de prescriptions.	
BP 190	Fact. N° : 5094	Date Fact. : 10/12/2022	94542 ARDAGARE SUI CEDEX 190	Date Drd. : 08/12/2022	912013828	Medecine IBN ZAID Cheikh Khalifa	Tel : 014935000	Code Drp : SZ	INSEE : 00000 MAROC	0	0	0	0	0	0	0	0
Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc		Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma															

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **162.156 / 2022** du **08/12/2022**

Nom patient : **AZIZ ALLAL**

Entrée **08/12/2022**

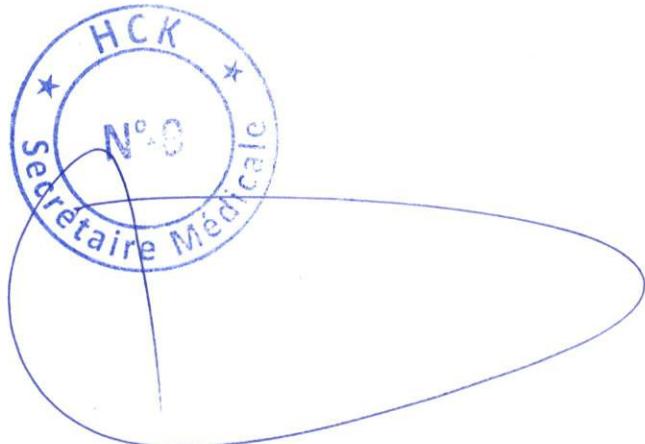
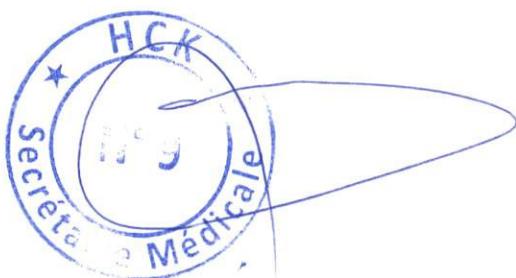
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **08/12/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00



PHARMACIE ORLY SUD
Caroline AZOULAY
BP 190
94542 AEROGARE SUD CEDEX 190
FRANCE
Tel: 0149757470
N° SIRET: 43864744800010
Code NAF: 4773Z - FR04438647448

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: AZIZ Allal				
Ordonnance 5094				
3400934825545	4	1	25,18	25,18
GUTRON 2,5MG CPR 90			(4735)
Honor. dispens. HG7	4	1	2,76	2,76
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
			Total TTC	28,45
			A Payer	28,45

TOTAL A PAYER : 28,45 (186,62F)

Montant HT : 27,87

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	27,865	0,585	28,45

Espèces : 28,45

Le 10/12/2022 à 11h09 Op. : SZ _ S

Montants exprimés en Euros

**AUCUN RETOUR DE PRODUIT NE SERA ACCEPTE
A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE**

Ticket 22757/27959 B525/0370-1

106/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/kgNN/MRRV
/2.14.1.3.R13-121/1