

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

AUTORISATION DE TRAITEMENT

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matriculé : <u>13426</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>146888</u>
Nom & Prénom : <u>Bloumnia Ben Abdellah</u>			
Date de naissance : <u>31/01/1991</u>			
Adresse : <u>France B11 Inc, App 21 Paris</u>			
Tél. : <u>0615543717</u>		Total des frais engagés : <u>989,70</u>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>Souhaila EL MANSOURI</u>			
Date de consultation : <u>21/01/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Bejhan Fikry</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Epilepsie</u>			
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 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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 21/01/23

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
21/01/23	CS	(1)	30,-	INPE : 091245043 Dr. Souhaila El Mekki Gastro Entérologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Pharmacien Chercheur Professeur Dactylo	Date	Montant de la Facture
Narimacie KALINOUKA ABISIUSOUGUIN SIRIBA Télé: 0522740633 D.R.C. LIGUE CHATON	21/11/23	62970

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

Import.pt

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			G	00000000	11433553	35533411		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																

G	00000000	11433553																
35533411																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				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

Spécialiste en :

- Hépato-gastro-entérologie
- Proctologie
- Endoscopie digestive
- Echographie



د. سهيلة المنصوري

إختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي والكبد
- أمراض وجراحة المخرج والبواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

Casablanca, le : 21-01-23.

Bejjan Michy

ST.3

(S.V)

① Deneofix

1 app/j le soir pbt 16g

② Addax avec S.V

123.50

1 app x j.

(S.V)

③ Inexium 60

69.00

1 sel/g 200 mg art app

(S.V)

④ Profen 140

140 j au km

SYNTHEMEDIC
27 rue soueïd bniou al souam raches
portes casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
641150MP/21NRC P.P.V.123,60 DH
Barcode: 6 118001 020807
Expiry date: 05/2025

BIOFAR DIGESTION CP EFF BTE 8
PPC: 69.00
UT AV 05/2025 Lot: 2118/12
IPHADERM
Net / Net weight: 27 g
Barcode: 3432058002118

pharmacie KAYNOUKA
Dr Souhaila El Mansouri
Résidence Ain Sebaa Garden N°6 - Casablanca
Tél: 0522 34 00 00 - Email: cabinet.drelmansouri@gmail.com

⑤ Eucalon
98,8 24x3g. (S.V.)

⑥ Neofortan 16
14x3g (S.V.)

629,70



Lot:	4 3 0 7 A
EXP:	0 2 . 2 0 2 7
PPV:	3 2 , 0 0 D H 8

Souhaila EL MANSOURI
د. سهيل المنصوري
Hépato Gastro Entérologue
متخصص في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Pharmacie KAWNOUKA
Dr Khadija REYAD
Résidence Al Baqaa CH 14, Imm 2, N°1
Ahli Lougham Sidi Boumen -Casablanca
Tél/Fax 05 22 74 06 35 / GSM: 06 61 26 26 13

Lot:	4 3 0 3 A
EXP:	0 2 . 2 0 2 7
PPV:	3 2 , 0 0 D H 8

32,00