

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 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

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.

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° W21-793185

171212

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 01188 Société : Retraitee

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KERMOUDI LAILA

Date de naissance : 03/03/1963

Adresse : Les Jardins de l'Océan V6
DAR BOUAGHA CASA

Tél. : 0661214142 Total des frais engagés : # 653,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 26/10/2023

Nom et prénom du malade : KERMOUDI LAILA Age : 1963

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

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 : Casa Le : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
26/6/23	Consultation	1	400 DA	INP : 0910130433

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/6/23	159.70
	26/8/23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

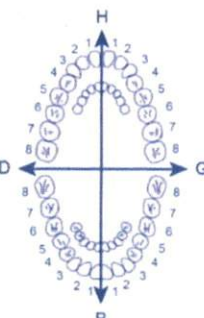
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN

Spécialiste des Maladies du Foie
Tube Digestif et Pancréas

Date de fabrication / Manufacturing date :
À consommer de préférence avant :
Best Lot
CARBOLINE CP 30
PPC : 79.00 DH
Ut Av : 09/25 Lot : 0354P
IPHADERM

Voge - 11



04499

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A3
EXP: 01/2026

الدكتورة ربية

إخصائية في
الجهاز الهضمي والبنكرياس

Casablanca, le

26/6/2023

N° KERNOURI LAILA

79. →

1) Carboline

2 cp 2x/j 2 48 h

puis 1 cp 2x/j 2 5 jours

2) Graviscan dosettes @ snack

1 cas = 1 dosette 3x/j après

les repas et au coucher

Ph. ANNE MARIE JARDINE
DE L'OCÉAN AU SAHARA
Route de Casablanca - Km 1,5
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 05 22 430 363 / 06 64 292 293
05 22 430 363 / 06 64 292 293

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN
الدكتورة ربية بن شقرون
Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas - Proctologie
554, Bd. Goulmima, Etage 1, N°1 - Bourgogne - Casablanca
bencheqroungastro@gmail.com - 05 22 430 363 / 06 64 292 293



3) Meteospasmyl 40.40.

1 à 2 gélule 3x/j x

48 h au minimum

4) D. Cure forte 49.60.

1 ampoule tous les 15 jours
pendant 2 mois

puis 1 ampoule par mois
pendant 4 mois

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN Bay Sarl Au
Route d'Azzammour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 39 93 60
RC : 399360

DOCTEUR RABIA BENCHECROUN
الدكتور ربيعة بن شكري
Spécialiste des Maladies du Foie,
Tubé Digestif et Pancréas - Proctologie
554 Bd. Goulmima, 100g 1. N°1 Bourgogne - Casablanca
bencheq.oungastro@gmail.com 05 22 430 355 / 06 94 792 793

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN Bay Sarl Au
Route d'Azzammour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 39 93 60
RC : 399360

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

Pharmacie LES JARDINS DE L'OCEAN -
Casablanca (NEW)

Leila LADRHAM



Facture N° FAC-236760

Date : 26/07/2023

kermoudi leila

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZENMAG CO B32 GELULES	1	84,70	3	84,70



Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	14,12

Total HT	70,58 DHS
TVA	14,12 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	84,70 DHS
Total	84,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-quatre DHS et
soixante-dix centimes

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN - CASABLANCA
Route d'Arenouar
Dar Bouazza
Tél : 05 22 22 22
RC : 399360