

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 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.

N° W21-786504

27/10/2013

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4516	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TOUINI BENJELLOUN ABDELLAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661172610 Total des frais engagés : 788,20 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Nabil BENJELLOUN Hépato-Gastro - Entérologue Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Age :	
Nature de la maladie :	
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 joints sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 05/10/2013

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
19/09/10 Tel.: 05 29 03 53 45 Fax : 05 29 00 44 77 e-mail: contact@lekh-ibn-zait.com http://www.lekh-ibn-zait.com	Cheikh Khalifa F.S		300adh	INP: 1111118402 Dr. Naim BEN JELLOUN Hépato-Gastro- Chirurgicale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Morsad 93, Lot. Bouchra Route 1100 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 32 19 29 092043710	19/10/91/2023	188,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

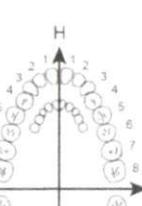
ATTADHERENT

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'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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	H <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	<hr/>																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	<hr/>																			
	B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SYNTHEMEDIC
22 rue esoubair houc al aouam roches
noires casablanca
MOPRAL
20 mg
Boîte de 14
56015 DMP/21NRC
6 118001 P.P.V: 131,100H
020652

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

25/9/2023.

SYNTHEMEDIC
22 rue esoubair houc al aouam roches
noires casablanca
MOPRAL
20 mg
Boîte de 14
56015 DMP/21NRC
6 118001 P.P.V: 131,100H
020652

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

131,10 x 2

1/ MOPRAL 20 mg

S. V.

2 gél li 6 at 1/2 i.
2 gél at li ptt syne.

COOPER PHARMA
PPC 159,00 DH

2/

59,00 2
de reueez 6 AS.

S. P.

S. V.

3/

80,00 2
Dehi dat los.

S. 3/1

4/

87,00 2
Beloni 6 los

LOT: E30595
DUO/06/2026
87,00DH

5/

1 mois

2 gél fi li

P.P.V

UT. AV.: 11 25 0 00

LOT N°: GT 6615

Date : 19/09/2023

Quittance - Paiement espèces 0813943

IPP :

N° D'admission : 2340743781 Montant : 3000 DH

Patient : TOUIMI BENJELLOUN ABDERRAHMANE

Payé par :

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 130 891 / 2023 du 19/09/2023

Nom patient : **TOUIMI BEN JELLOUN ABDENNACER**

Entrée 19/09/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 19/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	300,00			300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Email: Connex@idm-hk.com
Fax: 05 29 03 53 45
Tel: 05 29 03 44 73
N°INP: 090061862, N°ICE 001740003000026



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Béatrice Jourdain **Adressat :** A SOUSCRIRE.

Matricule : 4516 N° CIN : B2044 87

Adresse : 207 Bouchard n° 68 signalement 003

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : *Corse - astrophysique*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : SAINT le 19 / 9 / 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

A photograph of a white rectangular card. At the top, the text 'Carte de signature du dentiste traitant' is printed. Below this, there is a large, dark blue ink signature that reads 'Dr. Nabil Ben Youssef Chirurgien-Dentiste'. To the right of the signature is a standard linear barcode.

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées