

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
28/08/23	a		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>FARAH JAMAL 06 6124 8132 Sage Femme Libérale Centre Enkys Agdal Rabat N° d'autorisation : 3269 INPE : 105024749</p>	<p>Devis: 09/11/23</p>					1500 DHS



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.

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

M23-000242

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7364 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MENOUNY AMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666266842 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CAS Le : 12/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23- 0000242**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2023	450,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/01/24					1500 DHS

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

5059000

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie

URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24 مستعجلات أمراض النساء و الولادة

CASA le 28/18/23

Dr. KROUTAR Beunis

10 semaines de rééducation

peinée

= impériosa rénales =

Dr. Daniele DUVIGEANT
MEYASSI
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
4, Place Maréchal de LATTRE
Tél.: 0522 27 75 50 - 0522 27 69 05

Farah Jamal

Sage femme diplômée d'état certifiée au Maroc et à l'étranger
perineologue et consultante en accouchement
certifiée en acupuncture
Ex propriétaire d'un centre d'accouchement privé
Ex SF aux CHU Med 6-Marrakech et CHU IBN SINA
EX SF à la maternité Lariboisière et à la maternité de
l'Hôpital Armand Trousseau - Paris



ENKYOS

CENTRE DE BIEN ÊTRE
SPÉCIAL FEMME ENCEINTE

فرح جمال

مولدة معتمدة خريجة دولة في المغرب و الخارج
معالجة و اخصائية ولادة
معتمدة في الوخز بالإبر
مالكة سابقة لمركز ولادة خاص
مولدة سابقة بالمركز الإستشفائي محمد 6 - مراكش و ابن سينا
مولدة سابقة في Lariboisière للأومومة و
في مستشفى Armand Trousseau - باريس

Rabat le : 21/12/23 : الرباط في

ORDONNANCE

- M^{me} Bennis Kooutor

450,00 Sonde vaginale

FARAH JAMAL
06 61 44 81 82
Sage Femme Libérale
Centre Enkyos Agdal Rabat
N° d'autorisation : 3269

TECHOS
Matériel Médical Chirurgical
Résidence Lakhdar, Rue Jaafar Assedik.
Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 06 11-Fax: 0537 67 40 49
Email : techos.ma@gmail.com

☎ 08 08 52 23 01 ☎ 06 43 78 18 21

✉ Enkyos.centre@gmail.com

📍 52rue Oued ziz appartement N° 2 AGDAL / Rabat

TECHNOLOGIE HOSPITALIERE
TECHOS
MATÉRIEL MÉDICO-CHIRURGICAL



التكنولوجيا الاستشفائية
تيكوس
لوازم و أجهزة طبية وجراحية

IMANOR
CERTIFICATION
NM ISO 13485 V 2016

BENNIS KAOUTAR

Facture n° 234120/2023

Date	Mode paiement	Réf bon de livraison
22/12/2023	ESPECE	-106881944

Code article	Désignation	Qté	PU TTC	TVA	Montant TTC
SG	SONDE GYNECOL. POUR REEDUCATION	1	450.00	20	450.00
Total HT	Total TVA	Total TTC	Net à payer		
375.00	75.00	450.00	450.00		

Arrêtée, la présente facture à la somme de quatre cent cinquante Dirhams et zéro Centime TTC.

La marchandise vendue n'est ni reprise ni échangée.
En cas de litige, les tribunaux de Rabat sont seuls compétents.

TECHOS
Matériel Médico-Chirurgical
Résidence Lakhdar, Rue Jaafar Assedi
Agdal - Rabat
é.l.: 0537 67 06 11-Fax: 0537 67 40 4
Email: techos.ma@gmail.com

RESIDENCE LAKHDAR Rue Jaafar Assedik Haut Agdal - Rabat Tel: 05 37 67 06 11 / 85 Fax: 05 37 67 40 49 - 05 37 63 04 05

Email: Techos.ma@gmail.com - Site Web : www.techos.ma

Capital:1.400.000.00dh ICE :001530997000019 RC :43285 Patente :25736559 IF :03330811 CNSS :2443092 IMP N:2081186247

Banque : CNCA AGENCE GRANDS COMPTES - RUE ABOU FARIS EL MARINI - RABAT

COMPTE 5007700L651 R.I.B 225810019507700651011231



CENTRE ENKYOS

Rabat le : 12/07/24

Nom et prénom du patient : *Benmou Koutar*

Facture N° : 44

Nom du médecin : *D^r Danièle Durigeant mestori*

Date	Désignation	Nombre de séances	Prix de la séance	Montant total
22/12/23	<i>Rééducation Périnéale</i>	<i>10 séances</i>	<i>150 DHS</i>	<i>1500 DHS</i>
25/12/23				
27/12/23				
29/12/23				
01/01/24				
03/01/24				
05/01/24				
08/01/24				
10/01/24				
12/07/24				



105024749

Mode de paiement :

Chèque

FARAF ANNA
Espèce
06 61 44 81 32
Sage Femme Libérale
Centre Enkyos Agdal Rabat
N° d'autorisation : 3269

08 08 52 23 01 / 06 43 78 18 21

ICE : 002912692000066 - IF : 50555673 - TP : 25708887 - enkyos.centre@gmail.com

52 Rue Oued ziz appartement N° 2 Agdal - Rabat