

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHRACH Fahha

Date de naissance :

06/02/57

Adresse :

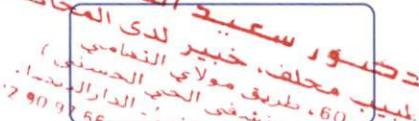
Rue Allal Ben Abdellah Bd des Oulies C

Télé. : 06.61.26.73.45

Total des frais engagés : Y.M.DR. ABDULLAH 115 467,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19 FEV 2024

Nom et prénom du malade :

LAHRACH Fahha

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prue spâne

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 FEV 2024	C		600.00	طبيب محلـ، حـبيـلـ الـناـجـيـ ٦٠ طـبـيـعـيـ الـجـنـيـ ٢٠٢٤ فـيـنـيـهـ الـجـنـيـهـ ٢٠٢٤ INPE : 091069666 ٩٧٥٦ ٩٢٢ ٩٠٧٠ ٩٩ ٣٧٣١

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie C.I.L. BENBRAHIM Tauria 100, Boulevard Ibn Sina Tél : 05 22 36 18 68 - Casablanca	19/02/24	Pharmacie C.I.L. BENBRAHIM Tauria Bd. Ibn Sina - Casablanca Tél : 05 22 36 18 68 Li 67,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	A M	P C	I M	I V	
12.03.2024	10 séances				1 (ED, 500 DHS)

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															
				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></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

19 FEV 2024

الدار البيضاء، في :

2024 LAGACHTI FATHI UNI.

57,80

(S)

- L Dose

167,00

(S)

Crestor 10

19/1

LDT : 231287

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

- Glucagon 50 mg
19/13/11

(S)

24,40

صادر عن

Pharmacie C.I.L
BNBRAHIM Ouria
Bd. Hassan II Casablanca
Tél. : 05 22 36 18 68

193,60

في الحفظ بالدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Poste) - Hay Hassani, Casablanca

Tél. : 05 22 90 70 88 - اتف

ANM: 294770MAP/21/NO

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

mazola-hayhassani@gmail.com

P.P.V: 193,60 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

60، طريق مولاي الحسن الثاني، Hay Hassani - Casablanca

Mazola - Hay Hassani - Casablanca

- INPE : 091069666 - IF : 51469500

60

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف
خیر لدى المحاک

Casablanca, le

الدار البيضاء، في : 19-02-2024

M'LAYACHI 'Fatika'

15 search de
reeducation negotiate.

~~د. سعيد الخزول~~
طبيب مخالف، خبير في المخالفة
٦٠، طريق مسلحة العصافير، الدارالبيضاء
١١٥٤
(نبت مستشفى الحسين)
مانع - الرحباني ٢٣٣٧٣٩٠٩
٠٢٢ ٩٠ ٢٠٠٩
الهاتف:

NISSA / BAHAFID
line thérapeute
tel: 06 22 08 33 55
line.csabufa@gmail.com

CENTRE CASA-OLIFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 14 Group P N°29-31
H. El Oulfa - Casablanca

⁶⁰ طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا . الحسني . الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - اهالیف : - E-mail : drgzs@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500



Kinésithérapie -Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE Mme LAYACHI
FATIHA

A COMPTER DU 19/02/2023

J'atteste que Mme LAYACHI FATIHA a effectuée ses 10 séances de rééducation au centre de kinésithérapie CASAOULFA pour une Rééducation RESPIRATOIRE suivant ce programme ;

Nombre de séances	Date
Séance 1	19/02/2024
Séance 2	21/02/2024
Séance 3	23/02/2024
Séance 4	26/02/2024
Séance 5	28/02/2024
Séance 6	01/03/2024
Séance 7	04/03/2024
Séance 8	06/03/2024
Séance 9	08/03/2024
Séance 10	11/03/2024

ANISSA BAHAFID
kinésithérapeute
Tél: 06 62 62 33 55
kine.casaoualfa@gmail.com

CENTRE CASA-ULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Groupe P N°29-31
H. El Oulfa - Casablanca



Casablanca le : 11/03/2024

Kinésithérapie -Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Facture n°29/2024

NOM : Mme LAYACHI FATIHA

ADRESSE : CASABLANCA

PATHOLOGIE	N° DE SEANCES	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
REEDUCATION RESPIRATOIRE	10	150.00	1500,00
TOTAL			1500,00 DHS

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TOTALE DE MILLE CINQ CENT DIRHAMS

ANISSA BAHAFID
kinésithérapeute
Tél: 06 63 03 33 55
kine.casaouffa@gmail.com

CENTRE CASA-ULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Groupe P N°29.31
Haut El Oulfa - Casablanca