

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025954

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1802 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DRISS, OUAFAA
Date de naissance : 28/07/51
Adresse : 39 RUE EL HOUDHOUN
CASABLANCA
Tél. : 05 22 47 18 43 Total des frais engagés : 1013,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 27/03/2023
Nom et prénom du malade : DRISS, OUAFAA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ALD
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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 07/04/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

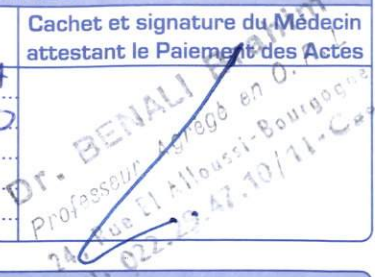
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Autorisation CNDP N° : A-A-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
27/3/23	C3: Consultation		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/3/23	213,30

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/03/23	ECHO	500,35

AUXILIAIRES MEDICAUX

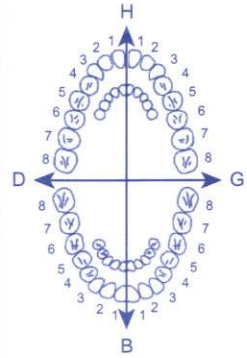
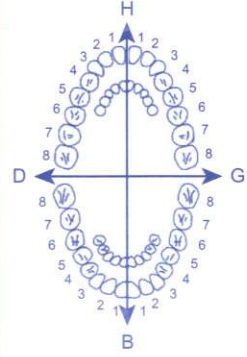
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Brahim BENALI

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TÊTE ET COU

Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne

(Face Clinique Badr)

Casablanca

Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

E-mail : benaliborlca@gmail.com

Casablanca, le

27 MARS 2023

الدكتور ابراهيم بنعلي

استاذ مبرز

خريج جامعات ليل و بروكسل

امراض الاذن والانف والحنجرة

جراحة الرأس والعنق

معالجة الشخير - الصمم - الدوخة

بالموعـد

24, زنقة العلوسي - بوركون

(أمام مصحة بدر)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.29.47.11 / 05.22.29.47.10

البريد الإلكتروني : benaliborlca@gmail.com

118 Doxymylino 200

70.36.67

4 Celestene 4

69.67

31 ofolaya

122

61 Eludril japonais

121337 200 rps.

1/2 million rps.

101/2 a plus rps

2 Pulvinitis 21g

PHARMACIE MERSULIA
218, Avenue Mers Sul
Casablanca
Tél. : 05.22.22.25.44 / 05.22.22.86.57

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussi Bourgogne
Casablanca Tél. : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05.22.49.23.86

20 comprimés
2 mg

سيلستين

2 ملغ

أقراص

سريعة الانتشار وقابلة للكسر

بيتا ميثازون

عن طريق الفم
للكبار

LOT : 447
PER : JUN 2024
PPV : 36 DH 60



DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 700DH00 -
EXP 09/2024
LOT 28012 1

LOT 22E006
PER: 04 2025

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML

P.P.V : 17DH70



6 118000 010548

OTOLAYA

Ear hygiene

Ohrhygiene

Oorhygiëne

Υγιεινή του
αυτιού



With Himalaya salt
Mit Himalaya-Salz
Met Himalaya-zout
Με αλάτι των Ιμαλαΐων

Glycerinum
vegetalis

Calendula
officinalis
BIO

50 ml

inebios
LABORATOIRES

HYPER

50 ml e 89 3

REF ACL 470 199.8
CN 170937.0

CE
0459



3 700366 000160

LOT

LOT: 21472
PER: 10\2025
PPC: 89,00DH

F A C T U R E

N° de l'admission : 23001920

N° Facture : 23001892

Date facturation : 29/03/2023

Nom et prénom du patient : **OUAFAA DRISSI**

Convention :

ICE :

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 29/03/2023 Sortie: 29/03/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE CERVICALE			500.00
		Sous-Total	500.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq cents dirhams

Total : 500.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

Radiologie LA WILAYA
2, Rue d'Agadir Angle Bd Hassan II
TEL: 0532 49 72 72 - CASABLANCA

Dr. M. ALAOU BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 29 Mars 2023

NOM ET PRENOM: DRISSI OUAFAA

MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR.BENALI BRAHIM

EXAMEN REALISE : ECHOGRAPHIE CERVICALE

RESULTAT:

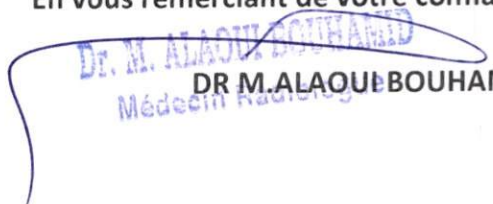
- Les glandes parotides sont d'échostructure conservée homogènes, sans lésion focale ou dilatation canalaire notable.
- Absence d'hyperhémie au doppler couleur.
- Glandes sub mandibulaires de morphologie respectée.
- Glande thyroïde hypotrophique hypoéchogène hétérogène, mesurant 3.5ml.
- Ganglions jugulo-carotidiens d'échostructure conservée.
- Glandes parotides et submandibulaires d'aspect normal.

CONCLUSION:

Absence d'anomalie parotidienne notable.

Hypotrophie de la glande thyroïde.

En vous remerciant de votre confiance


DR M. ALAOU BOUHAMID
Médecin Radiologue

Docteur Brahim BENALI

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TÊTE ET COU

Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne

(Face Clinique Badr)

Casablanca

Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

E-mail : benaliborlcasa@gmail.com

Casablanca, le

الدكتور ابراهيم بنعلي

أستاذ مبرز

خريج جامعات ليل و بروكسل

أمراض الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الرأس والعنق

معالجة الشخير — الصمم — الدوخة

بالموعيد

24، زنقة العلوسي - بوركون

(أمام مصحة بدر)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.29.47.11 / 05.22.29.47.10

البريد الإلكتروني : benaliborlcasa@gmail.com

27 MARS 2023

ECHO

Parotide g

(Bilat).

Radiologie LA WILAYA
Rue d'Agadir Angle Bd Hassan II
Tél.: 0522 49 73 73 - CASABLANCA

DR. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussi Bourgogne
Casablanca Tél.: 05.22.29.47.10 / 11

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86