

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

AS7030

Déclaration de Maladie : N° S19-0005905

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6927**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENALI Rachida** Date de naissance : **1965**

Adresse :

Tél. **0654 82 34 40** Total des frais engagés **467, 9h** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/04/2023**

Nom et prénom du malade : **BENALI Rachida** Age : **58 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection gynécologique

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 : **Casa**

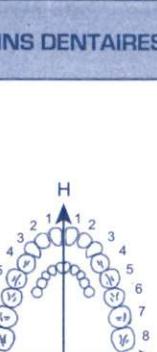
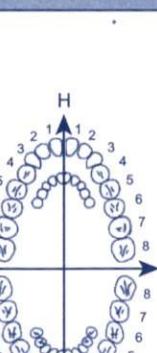
Le : **06/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **CF**

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
06-07-2023	Consultation Echographie		400-	Dr A. BENJAMIN Spécialiste en gynécologie Obstétrique Dum Robii Rés. Abdellah Oujda Tél: 0522 91 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/04/2023	67.-40

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	B												
00000000 35533411	00000000 11433553												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Dr Amina BENDAHMAN

Spécialiste en gynécologie-obstétrique

Suivi de grossesse - Accouchement

Stérilité du couple - Echographie - Diagnostic prénatal

Chirurgie gynécologique

Colposcopie - Hystéroskopie - Coeliochirurgie

Maladie et chirurgie du sein

Ancien médecin chef du centre de dépistage

du cancer du sein et du col - El Fida-

الدكتورة أمينة بندحمان

أخصائية في أمراض النساء والتوليد

مراقبة الحمل - الولادة

العقم عند الزوجين - الفحص بالصدى

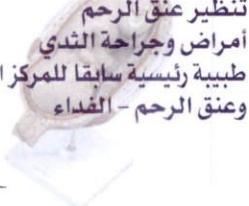
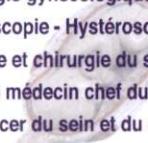
الجراحة النسائية والجراحة بالمنظار

تنظير عنق الرحم

أمراض وجراحة الثدي

طبيبة رئيسية سابقاً لمركز المرجعي لمحاربة سرطان الثدي

وعنق الرحم - القداء



Casablanca, le :



Facture

N° Facture

Date de facture

2023/3147

06/04/2023

Patient

BENALI RACHIDA



Désignation Acte

Consultation

ECHO

Tarif Acte

200,00

200,00

TOTAL TTC

400,00

Arrêtée la présente facture toute taxe comprise à la somme de :

quatre cents Dirhams et zéro Centimes



Bd Oum Rabii - Rés. Abouab Oum Rabii - Imm. C Etage 3 App.9 - CASABLANCA

05 22 91 02 02 - 06 61 41 44 44 - 07 70 49 49 49 bendarhmangyn@gmail.com

Dr Amina BENDAHMAN

Spécialiste en gynécologie-obstétrique

Suivi de grossesse - Accouchement

Stérilité du couple - Echographie - Diagnostic prénatal

Chirurgie gynécologique

Colposcopie - Hystéroskopie - Coeliochirurgie

Maladie et chirurgie du sein

Ancien médecin chef du centre de dépistage

du cancer du sein et du col - El Fida-



بندحمان

نساء والتوليد

MAR
POLYGYNAX capsules vaginales
Bd. Alkimos No. 6, Ouled Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc
P.P.V. : 67DH40
118001 183739

العم عبد الرزق - سعسع بالصدى
الجراحة النسائية والجراحة بالمنظار

تنظير عنق الرحم

أمراض وجراحة الثدي

طبية رئيسية سابقاً للمركز المركزي لمحاربة سرطان الثدي
وعنق الرحم - القداء

Casablanca, le :

06/04/2023

N° Ordonnance : 571/2023

Madame BENALI RACHIDA

1) POLYGYNAX OVULES

1 OVULE LE SOIR PENDANT 12J



Dr Amina BENDAHMAN
Gynecologist - Obstetrician
1 Rue Ghizlane El Arabe
Abou Soudane Street
Casablanca - Morocco - Tel: 0522 91 02 02

دكتورة أمينة بندحمان
Dr Amina BENDAHMAN

Bd Oum Rabii - Rés. Abouab Oum Rabii - Imm. C Etage 3 App.9 - CASABLANCA

05 22 91 02 02 - 06 61 41 44 44 - 07 70 49 49 49 bendarhmangyn@gmail.com



c/c = Echographie abdomino-pelvienne sans
ausmales

دكتورة أمينة بنداحمان
Dr. A. BENDAHMAN
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
et Où Référées Adénopathies
puis Fertilisation In Vitro