

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50039

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Neuve BenachRAK majida*

Date de naissance : 1947/01/01

Adresse : *Rue Goulimine N° 440, CASABLANCA*

Tél. 06.75.74.53.54 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*EL ALAOUI MHAMDY
Moulay Youssef
Médecine Générale
8 Rue Salé (A.M) Casablanca
Tél / Fax 05 22 27 43 58 84*

Date de consultation : 20/01/2023

Age :

Nom et prénom du malade : *BenachRAK Majida*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
20 AVR 2023			150,00	<p><i>EL ALAOUI MHAMDY MOUAY YOUSSET Médecine Générale 16, Rue Salé (A.M) Casablanca Tél / Fax : 0527 47 56 94</i></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.04.2023	490,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8 on each side. A horizontal arrow labeled 'D' points left, and a vertical arrow labeled 'G' points up. The letter 'H' is at the top left, and				

Docteur El Alaoui Mhamdy Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

Ancienne Médina

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

Casablanca

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدي يوسف

الطب العام

16، زنقة سلا (أمام جامع الشلوح)

المدينة القديمة

الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94

الدار البيضاء

Casablanca, Le : 12 AVR 2023 الدار البيضاء، في :

gme Benacharet rapide

2 An cinq gouttes 50/12,5



184

80,80 * 3

Acidophylax 500mg



1CP a 2P

85,80 triantement de 03 mois

Floradyn 500 mg

26,80



Algamil

1CP eff a 3P



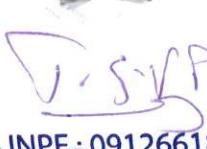
45,30

Venotilin

2 boîtier a 289



PHARMACIE D'ERBALIANE
416, Rue Goulimma - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 00280444300002



I.C.E. : 001915367000059 - I.F. : 39717340 - C.N.S.S. : 2099530 - INPE : 091266189

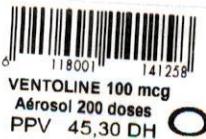
86,50
6) Chemil forte
2 boîtier à 24h.

499,18

Docteur EL ALAOUI MHAMDY
Moulay Youssef
Médecine Générale
16, Rue Salé (A.M) Casablanca
Tél / Fax : 0522 47 56 94

PHARMACIE DERB TALIANE
416, Rue Goulimma - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 002804443000082

GloaxSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



20,80

86,50

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80 EXP 12/2025
LOT 20011 2

LOT 221447
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT : 152
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 152
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 150
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

PPV 85DH80
LOT 150105
EXP 09/2023
FLOXAM®
Fluoxacilline
500 mg
16 gélules Voie orale

لوج، لوج