

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

- 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.

M22- 0034001

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 020221 Société : R.A.M 159975

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHOUIL Mohamed

Date de naissance : 15-01-56

Adresse :

Tél. : 0606034209 Total des frais engagés : 466,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2023

Nom et prénom du malade : Khairi Mohamed Age : 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : APPACHION CORN

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 : CASA Le : 09/05/2023

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
13/04/2023	Cst + ks		300000	Dr. Wats et Chirurgie Dentaire Bouskoura D.O.H. Maxillofacial Spec. Dr. Wats et Chirurgie Dentaire Bouskoura
26/04/2023.	contrôle gratuit			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N° 2210 de Bach Bouskour Casablanca Tél: 0522 59 00 64	13/04/23	133,40
	26/04/23	33,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F ROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr . BEN MALEK WAFAÂ

**specialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale**

ex chef de service à l'hôpital ben m'sik
ex chef de service à l'hôpital baouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

رئيس مصلحة سابقاً بمستشفى بن مسيك
رئيس مصلحة سابقاً بمستشفى بوافي



Casablanca Le : ٢٤/٥/٢٠٢٣

Khalil Mohamed

- Spectre Solutie aural
2 gtt matin et soir
33,00

Dr. BEN MALEK WAFAÂ
 Spécialiste ORL et Chirurgie Cervicofaciale
 Centre Bouskoura en Face Gendarmerie

وسط بوسكورة، أمام مقر الدرك، عمارة الراشدي الطابق الأول رقم ٢، بوسكورة - الدار البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage 1 N° 2

Tél : 20 25 78 22 05 - Gsm : 04 95 64 29 06 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com

Dr . BEN MALEK WAFAÂ

specialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale

ex chef de service à l'hôpital ben m'sik
ex chef de service à l'hôpital baouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف والأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بن مسيك
رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بوافي

Specialiste ORL et Chirurgie Cervicofaciale
Casablanca Le 10/10/2023
Wafa BEN Malek

Khouribga Mohamed

g2150

- Ulinix 500

1 cp 2 fts ×

40,90

Anafed long

3 cp 1 j en 1 seule fte

après le shan (rep)

Spectre gelato

anicalo

2 gtt matin et soir

133140

PHARMACIE AL HAMD
DR ABOU EL FADI Fatima Az Zahra
Lot N° 221 Oued Ich Boukoura
Casablanca

Dr Ben Malek Wafaâ
Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage 1 N° 2
Tél : 20 25 78 22 05 - Gsm : 04 95 64 29 06 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com

وسط بوسكورة، أمام مقر الدرك، عمارة الراشدي الطليق الأول رقم ٢، بوسكورة - الدار البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage 1 N° 2

Tél : 20 25 78 22 05 - Gsm : 04 95 64 29 06 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com

روكينس 500 ملغم
ساسين

LOT: M0944
PER: 01/2025
PPU: 52,80DH

حيوي واسع الطيف
بوق الفم

ص ص ملمسة

مختبرات ديفا للصيدلة
ج.وأحدى صيدلي مسؤول

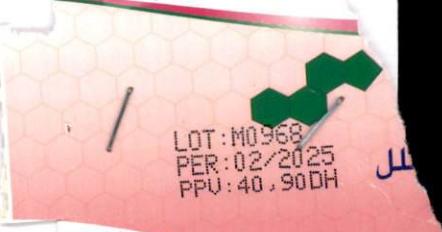
الطبقة الأولى - الدار البيضاء - المغرب
العنوان: 100، شارع الحسن الثاني، الدار البيضاء، المغرب

نحوه
Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants
يجب فراغة المسورة عليه قبل الاستعمال
بعد تناوله و منع الأطفال
بخطفه بعيداً عن متناول و منع الأطفال

756.062.02.19



LOT: A020474
PER: 07-2025
PPU: 33,00DH



مختبرات
ج.وأحدى

NOTE D'HONORAIRES

N°	F2023-2328
Date	26/04/2023
Code patient	4409_2023

A l'aimable attention de : **Monsieur Khouil mohamed**

DETAIL DES ACTES	MM Dx	Prix
Consultation		200,00
MICROASPIRATION GAUCHE		100,00
Montant total:		300,00
Avances:		0,00

Traitement du : 26/04/2023 au 26/04/2023

Observations :

Arrêté la présente à la somme de: Trois Cent DH

Dr. BEN MALEK WAFAA
Spécialiste en Médecine Générale
Centre Ben Malek Wafa

Dr. BEN MALEK WAFAA