

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 068658

170189

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683 Société : MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bendi Si Mohamed

Date de naissance : 1952

Adresse : hachbi wally

Tél. : 0623 136021 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/06/23

Nom et prénom du malade : Bendi Si Mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombosciatalgies

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) : ACCU

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.

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

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
21-6-93	CS		30000	

21-6-13	CS		300.00	Dr. RAISSOUNI Pneumatologue Dr. Yacoub El Raisouni 22-23-05-1955 CPE-09101355
---------	----	--	--------	---

	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	Dr. RAISSOUNI Khouba Fonctionnaire N° 05-22 23 08 INPE-09101675

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/6/23	48220

	21/6/83	48220
--	---------	-------

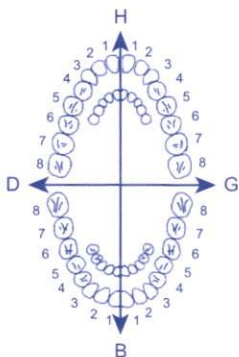
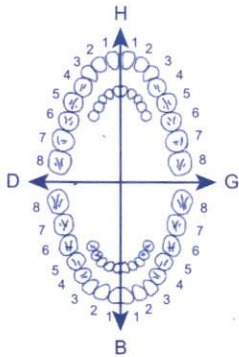
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</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 colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

DATE DE L'EXECUTION

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. There are no markings, text, or drawings on the paper.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RAISSOUNI Nouha

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin
Ancienne Chef de Département de Médecine
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie interventionnelle
Maladies de Systèmes
Echographie Ostéoarticulaire
Podologie
Médecine du Sport



الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان
رئيسة سابقة لمصلحة الطب
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم
أمراض الالتهابات الباطنية
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى
علاج الأرجل
الطب الرياضي

Casablanca le:: الدار البيضاء في:

21 juin 2023

Mr. BENDI SI MOHAMED

CARTEXAN 400 MG

1 gelule 2 fois par jour pendant 3 mois

MYDOFLEX

1 par jour pendant 5 jours

PROFENID

LOT: 220293
PER: 02~2026
PPV: 148.50DH

PHARMACIE
Mme Alami Soukaina
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annanis Beaudouin
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

GTIN: 06118001260850
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 940hs00



PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V: 70DH90
LOT: 20E032
PER: 08 2023



INPE: 091091314

262 Bd. Yacoub El Mansour 1^{er} étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)
شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

756.494.02.19

LOT : 230852
EXP : 05/2027
PPV : 84.40DH

LOTN° :

756.494.02.19

LOT : 211095
EXP : 06/2025
PPV : 84.40 DH

LOTN° :