

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 069315

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAY 176637

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNAKHLOUF Rachid

Date de naissance : 29/03/1954

Adresse : 294 AVENUE 2 N°10000 SUD BOUE

Tél. : 0661311619 Total des frais engagés : 3988,78 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Med EZZOUBI
INPE 091028050

Date de consultation : 3 / 9 / 2023

Nom et prénom du malade : BENNAKHLOUF Rachid Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : Bénévolat

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 : Casablanca Le : 05/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
3/9/23	A305	Kir	1800DH	
6/9/23	A305	Kir	800 x 2	
11/9/23			1800DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/09/2023	470,75

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
		AM	PC	IM	
04-09-2023					
25/09/2023					

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

- Professeur en Chirurgie Plastique
Réparatrice et Esthétique .
- Ex. Enseignant à la faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca .
- Ex. Chef Du centre National des Brûlés
et de Chirurgie Plastique .
- CHU IBN ROCHD -

- أستاذ الجراحة الترميمية و الإصلاحية التجميلية .
- أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة
جامعة حسن الثاني سابقا .
- رئيس المركز الوطني للحروق والجراحة الترميمية سابقا .
- المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد -

Casablanca, le

31/8/2023
BEN. RAKHLOUF. RACHTO.

Bulime des deux Côtés

Foc. Ant.

SCB = 8%.

Six Kilo

Atome Neure +

Tour

PSI

10000
in the center
of the

INPE 091028050

Pr. Mohamed Ezzoubi

EZZOUBI

الدكتور محمد الزوي

- Professeur en Chirurgie Plastique
Réparatrice et Esthétique .
- Ex. Enseignant à la faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca .
- Ex. Chef Du centre National des Brûlés
et de Chirurgie Plastique .
- CHU IBN ROCHD -

- أستاذ الجراحة الترميمية والإصلاحية التجميلية .
- أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة
جامعة حسن الثاني سابقا .
- رئيس المركز الوطني للحروق والجراحة الترميمية سابقا .
- المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد -

Casablanca, le

11/9/2023

BEUAKHLOU. R. & S.

Brûlure des deux jambes

Foc Ant.

Wsture - Brûlure Clap

K15. x 2

300 x 2

Enl -

1800 Dth.

Dr Med EZZOUBI
INPE 091028050

Pr. Mohamed Ezzoubi

EZZOUBI

الدكتور محمد الزوبي

- Professeur en Chirurgie Plastique
Réparatrice et Esthétique .
- Ex. Enseignant à la faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca .
- Ex. Chef Du centre National des Brûlés
et de Chirurgie Plastique .
- CHU IBN ROCHD -

- أستاذ الجراحة التجميلية و الإصلاحية التجميلية .
- أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة
جامعة حسن الثاني سابقا .
- رئيس المركز الوطني للحروق والجراحة التجميلية سابقا .
- المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد -

Casablanca, le

31/9/2023

M. BELKACEM F. ELAID

XERO LAW. Spray

218,100 Remplacé.
XERO



Dr Mohamed EZZOUBI
Professeur Chirurgien
63, Bd 2 Mars Rés. Wafae Etag 1 N°
Casablanca - Tél: 06 61 21 90 78
INPE 091028050

[Signature]

ADRESSE

PARA PHARMACIE
(FOURTE A GAUCHE)

Ticket Nr : 20310641

Le : 08/09/2023 A : 12:52:59

Caisse : CAISSE2

Vendeur : CAISSE 2

Article	Prix x Qte	Montant
ISIS XEROLAN SPRAY	219.00 x 1	208.05

Montant T.T.C. : 208.05 DH

Mode paiement : ESPECE

Mt Regle : 208.05 DH

Rendu Monnaie : 0.00 DH

SERUM CHEVEUX
18 sep

Ticket Nr : 20313302

Le : 18/09/2023 A : 12:07:33

Caisse : CAISSE2

Vendeur : CAISSE 2

Article	Prix x Qte	Montant
BIOKERA SCALP CARE 265.00 x 1	1	251.75

Montant T.T.C. : 251.75 DH

Mode paiement : ESPECE

Mt Regle : 300.00 DH

Rendu Monnaie : 48.25 DH



SABEM

Santé Beauté Médicale

FACTURE N° : 202301486

BENMAKHLOUF RACHID

Casablanca le, 25/09/2023

Code Client : 008056

Code Article	Désignation	Qté	P.U. TTC	Montant	Tva
8420282044	BIOKERA SCALP CARE SERUM	1	265.00	251.75	20.00%
3401360049	ISIS XEROLAN SPRAY	1	219.00	219.00	20.00%
<div></div>					

392.29	20 %	78.46

TOTAL H.T.	392.29
TOTAL T.V.A.	78.46
TOTAL T.T.C.	470.75

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT SOIXANTE DIX DH SOIXANTE QUINZE
Centime(s).