

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.

M22- 0043983

Maladie

Dentaire

Optique

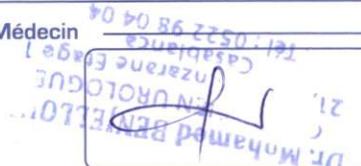
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1729 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : 177322
 Nom & Prénom : CHAOUF Lahcen
 Date de naissance : 20/06/1951
 Adresse : Resoluna Naham
 Tél. 06 61 2942 55 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/23

Nom et prénom du malade : CHAOUF LAHCEN Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hemostase

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 : Casablanca Le : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : CHAOUF LAHCEN

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/10/23 | | | 6 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/10/23 | 1949,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

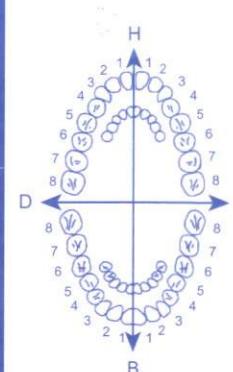
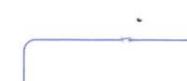
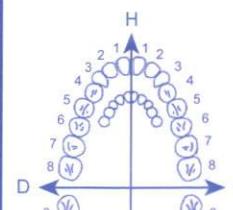
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
|--|---|----------------------------------|-------------|---|
|  | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | H | 25533412 00000000 35533411 | G |  |
| D | 00000000 | 00000000 | B |  |
| | 00000000 | 11433553 | |  |
| (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

Dr . Mohamed BENJELLOUN

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'Association Européenne

d'Urologie et de Sexologie

Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



د: محمد بنجلون

جراح المسالك البولية والتناسلية

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

02 OCT 2023

Mr CHAOUF LANCE

2 80,00 x 3

① BIOTINA 15 gellule

123,00 x 2

② BiOMATERIAL 15 gellule 3ml

99,00 x 6

③ DIXIFOR 1 cp au 10ml

Dr BENJELLOUN
Chirurgien Urologue
Casablanca 1^{er} Etage
Tél : 0522 98 04 04

21 ، شارع بئر أنزaran، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - المعارض - الدار البيضاء

21, Bd. Bir Anzarane 1^{er} Etage, Appt 1 Maarif-en face de la poste - Casablanca

Tél : 0522 98 04 04 - Urgence : 0522 98 04 04 - E-mail : benjelloun.uro@gmail.com

55,00 x 2
4 Amoxil 1g x 2 Boîte
53,20 x 3

1 Exacyc 
Amoxicilline

1 Boîte
3 Boîte

PHARMACIE BEN M'SICK
Dr Latifa KHENFACH
182-184, Bd 1er Novembre
Hay salama 3 - Casablanca
Tel: 0522 37-01-25

Ordonnance vérifié

Par: 

LOT: 22111B/1
EXP: 07/2024
PVC: 280.000H
Fabric: bella
Rue E. Du
5060 Sambreville

LOT: 22111B/1
EXP: 07/2024
PVC: 280.000H
Fabric: bella
Rue E. Du
5060 Sambreville

LOT: 22111B/1
EXP: 07/2024
PVC: 280.000H
Fabric: bella
Rue E. Du
5060 Sambreville

LOT: 2306004
FAB: 06/2023
EXP: 06/2026
PVC: 123.000H

Lot/ de pr X1031 0727 REF. 3

LOT PER
Prix 99.00

Lot/ de pr X1031 0727 REF. 3

LOT PER
Prix 99.00

Lot/ de pr X1031 0727 IA
REF. 317MA
LOT PER
Prix 99.00

Lot/ de pr X1031 0727
LOT PER
Prix 99.00

PPV: 55,00 DH
LOT: 651591
PER: 02/25

PPV: 55,00 DH
LOT: 651594
PER: 02/25

53,20