

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1545 Société : RAM 177325
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BENYASS ABDELFATTAH
Date de naissance : 08/03/54
Adresse : LOT 125, TRANCHE D, IMADINA, TAJADA
SIDI OTHMANE, CASABLANCA
Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 714,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
31, Bd Abdelmoumen - CASA
0522 26 68 45 - GSM: 0561 10 99 59

Date de consultation : 14/09/23

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Articulose genou & hanche

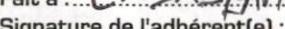
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :


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 14/09/23 : Le : / /

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
14/09/23	CS		+ 300.00 DH	Mr. M. CHOUAIKHN THOPÉTIC TRAUMATIQUE
14/09/23	Vére la facture		+ 10.0.00 DH	BDH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/23	164,80

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
15, Rue de la Beldi - Casablanca Quartier de Beldi - Casablanca Tél: 05 22 99 12 80 - Fax: 05 22 99 12 80	19/09/23	10				150,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr.

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - Cam: 0661 19 99 55

Date: 14/09/2023

Nom et Prénom du patient :

BENYASS
Abdelhakim

Age :

PHARMACIE LILAS
MADINA AL JADIDA
LARLOU Faten
pharmacie
ol. 278 Trafic D Gde Noujala - Casablanca

34,60 x 2 Lafilitx 
→ 842 x' Eböh
/ .
1. 
eböh
1. 
eböh
1. -

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 68 46 - GSM: 0661 19 99 59

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
PER..01/2027



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
PER..11/2026



DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80



ORDONNANCE

Dr:

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - GSM: 0661 19 99 59

Date

Nom et Prénom du patient :

RENYASS
Abdelhafid

Age :

Bandes de contention
(de Lohmann)

~~Lohmann & Rauschert Maroc
15, Rue Sidi Abdellah - Casablanca
Quartier de la Gare - Maroc
Tél: 05 22 99 12 700 - Fax: 05 22 99 12 06~~

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - GSM: 0661 19 99 59

Signature :



Lohmann & Rauscher Maroc

Mr BENYASS ABELHAFID

CASABLANCA

Facture

Code client :	34219999
NUMERO	DATE
FA233184	19/09/23

Référence	Désignation	Taille	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT	*
81558	VELPEAUVEINE F bd comp 8/4		1,00	125,00		125,00	1

Code	Base	Taux	Montant
1	125,00	20%	25,00
Total			25,00

Total HT	Total TVA	Total TTC	NET A PAYER
125,00	25,00	150,00	150,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent cinquante Dirhams

Lohmann & Rauscher
Maroc

S.A.R.L au Capital de:
1 000 000 Dhs

Siège Social:
15, Rue Saria Ibnou Zounaim,
Résidence ANASS,
Quartier Palmier,
Casablanca.

Tél. : +212 (0)5 22 99 12 70/80/96
Fax : +212 (0)5 22 99 12 06

C.N.S.S.: 6047618
R.C.: 90297
I.F.: 2820741
Patente: 34782263
ICE: 001539619000025

Banque : SGMBA
gence Moulay Youssef
RIB : 022 780 000 087 000 507 882 874

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 1939 / 2023 du 14/09/2023

Nom patient : **BENYASS ABDELHAFID**

Entrée 14/09/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
PHARMACIE	1,00	PHARMACIE	100,00	100,00
			Sous-Total	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100,00
Immatriculation Affiliation	Part organisme	0,00
N° prise en charge :	Part patient	100,00

