

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.

M23-0017497

Maladie

Dentaire

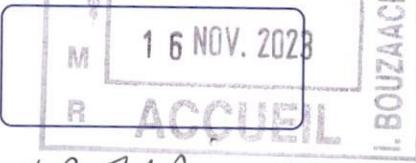
Optique

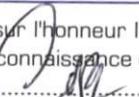
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	4296	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	182979
Nom & Prénom :		Anodap	
Date de naissance :		56-8-16	
Adresse :		33 Rue 3 2018 Hay Errada	
Tél. :		26.64.98.12.32	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	16 NOV. 2023		
Nom et prénom du malade :	Belkacem Belkacem		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	CNCS		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	CNCS		
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 : 16.11.2023
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

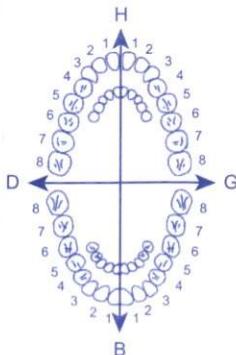
Important :

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	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



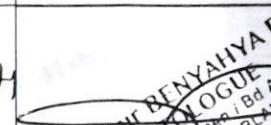
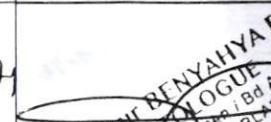
[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués

وصف العمليات المحايدة

نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
7/11/23	C3	?	400DH	  <p>Professor BENYAHYA E. RHUMATOLOGUE Angle Bd Abdellatif Ben Aissa / Bd Anouar 4054 Casablanca Tel : 0522 8621 93 / 0662 08 92 10</p>
INPE et code à Barres INPE: 091036608				
INPE et code à Barres INPE: 091036608				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية

نوع وظيفة المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	المبلغ المفوت Montant facturé	عدد العمليات Nbre d'actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
INPE et code à Barres					

INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

نوع وظيفة طبيب الأشعة (والإختصاص) Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفoter Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NAMB	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
_____	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres				
_____	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres				
_____	_____	_____	_____	_____

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطيبة الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total
Réunion de conseil	1000000000	1	1000000000

Was sollte bei der Anwendung von newflex Warm-up Gel beachtet werden?

co ista ochronie i leonotyczna na skóre

(D)

Anwenderinformation

WARM-UP GEL

des articulations et de la colonne vertébrale
Echographie Ostéoarticulaire
Mésothérapie

newflex.

Ulotka informacyjna

PL

WARM-UP GEL
ŻEL ROZGRZEWAJĄCY

الفحص بالصدى للمفاصل
الميزوثيرابيا

FELDEN 20mg

10 suppositoires



1 NOV 2023

الدار البيضاء في:

Belbekri Bourig.

Repos

10 feldene Suppo

SV

56.90 - 1 Suppo free

X 107 ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs

20g New flex Gels

96.80

Supp

DOLIPRANE 500 mg
Paracétamol
16 comprimés effervescents

158.00
30 Dolipron 500

- 167.50 Supp 30(g)

105

Professeur BENYAHYA E.

RHUMATOLOGUE

Angle Bd Abdelmoumen / Bd Anoual

105 E. Etage CASABLANCA

X 106

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4eme etage, n° 405, Casablanca
Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

Relevé périodique des prestations AMO

 Direction de l'Assurance
 Maladie Obligatoire
 Réf. : 610-2-06
 مرجع رقم :

Page

1 / 1

الصفحة

	Emis à :	CASABLANCA	اصدار ب :	العنوان	Page	1 / 1
	Le :	13/11/2023	بتاريخ :			
N° d'immatriculation	175684128	رقم التسجيل	Destinataire			
Règlements de la période		أداءات الفترة	BELBEKRI TOURIA			
du : 13/11/2023		من :				
au : 13/11/2023		إلى :				

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعريفات التأمين الصحي الإجباري التي استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	المستشفى	مهنـوـ الصحة	مبلغ المصاريـف	التعريفـة المرجـعـية	المعـامل	الكمـيـة	لـمـسـنـ التعـريـفـ	نـسـبةـ التعـريـفـ	تـارـيخـ إـرـسـالـ الـإـمـاءـ	مـبلغـ لـتـعـريـفـ
Numéro de dossier	Date de soins	Action	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BELBEKRI TOURIA											
143945964	07/11/2023	CS	RHUMATOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/11/2023	105,00
143945964	07/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	167,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	13/11/2023	10,71
143945653	23/10/2023	T159	CHIRURGIE DENTAIRE	120,00	60,00	6,00	1,00	60,00	70,00	13/11/2023	42,00
143945653	23/10/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	300,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	13/11/2023	122,50
143945653	23/10/2023	D705	CHIRURGIE DENTAIRE	380,00	262,50	15,00	1,00	262,50	70,00	13/11/2023	183,75
Total remboursé					Mجموع مبلغ التعريف						463,96
Total général remboursé					مبلغ التعريف الإجمالي						463,96