

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.

189978

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9674	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUASRAOUI KABIR
Nom & Prénom :		Bouasraoui KABIR	
Date de naissance :	18-06-1967		
Adresse :	Angle RUE DARMON ET BLD ALEXANDRIE RESIDENCE DES HOPITALS CASA		
Tél. :	0661320980		
Total des frais engagés : _____ Dhs			



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2023

Nom et prénom du malade : BOUASRAOUI INES Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : otite externe droite

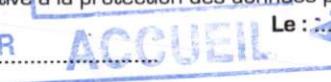
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 29/12/2023

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												
10 2 DEC 2023	Mise en place d'acoussiels	620RL	250dh + 150dh = 400dh	<i>DR. BENCHIRI Professeur de Chirurgie Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles INP 001157149</i>												
<p style="text-align: center;">EXECUTION DES ORDONNANCES</p> <table border="1"> <tr> <td>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</td> <td>Date</td> <td>Montant de la Facture</td> </tr> <tr> <td></td> <td>06/12/23</td> <td>1. N. HAKROUN, M. Y. S. C. et de Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles INP 001157149</td> </tr> <tr> <td></td> <td>09/12/23</td> <td>46512149</td> </tr> </table>					Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		06/12/23	1. N. HAKROUN, M. Y. S. C. et de Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles INP 001157149		09/12/23	46512149			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture														
	06/12/23	1. N. HAKROUN, M. Y. S. C. et de Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles INP 001157149														
	09/12/23	46512149														
<p style="text-align: center;">PHOTOGRAPHIES</p> <table border="1"> <tr> <td>Signature des Coefficients</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>092000470</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> </tr> </table>					Signature des Coefficients	Montant des Honoraires	092000470									
Signature des Coefficients	Montant des Honoraires															
092000470																

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	B 35533411	G 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

الدكتور يوسف بنشرورن
أستاذ بكلية الطب
إختصاصي في أمراض
الأنف، الأنف و المخجرة

Dr Benchakroun Youssef
Professeur d'O.R.L.
et chirurgie cervico - facial
Spécialiste : Nez - Gorge- Oreille

Casablanca, le : 2/12/2023

Reçu
de M^{me} Bouassraoui
Tunis
La Somme de 600 Dh
quatre cent dirhams
pour l'opér.
+ Application oreille 250 Dh
150 Dh

400 Dh

Dr BENCHAKROUN, Y
Professeur d'O.R.L et de
Chirurgie Cervico Facial
Nez - Gorge - Oreille
I.N.P 091457749

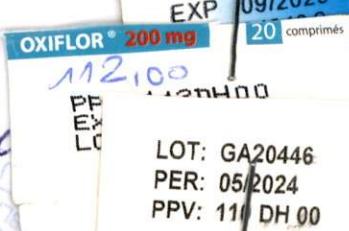
ds

Dr Benchakroun Youssef
Professeur d'O.R.L.
et chirurgie cervico - facial
Spécialiste : Nez - Gorge- Oreille

الدكتور يوسف بنشردون
أستاذ بكلية الطب
انتهصاصي في أمراض
الحنجرة PARANTAL®

02 DEC 2023

Casablanca, le :



Melle Bouamraoui

25. — 15

1/ Beladine anti-t / 55.00 /

MR. — 40 Oxiflor gr 200 (9h-16h)

2/ 200/1 2 — 78/

52.8

3/ Odeles 20mg

2gélées/ — 78/

n° 1 seladine antibactérien

50g Paracalix

(AS)

1cp 3 fois 73

67 3 flacons 15

70 g

Pr. BENCHAKROUN Y.
Professeur d'ORL et de
Chirurgie Cervico-Faciale
Nez - Gorge - Oreille
I.N.P 091167149

Pr. BENCHAKROUN Y.
Professeur d'ORL et de
Chirurgie Cervico-Faciale
Nez - Gorge - Oreille
I.N.P 091167149

278,82

PPU: 168.20 DH
LOT: 652429
PER: 05/25

Spécialiste : Nez - Gor

LOT N°: 40,00
UT. AV: sed
PPV (DH): -

الدكتور يوسف بن شقرور
أستاذ بكلية الطب
أنت: صاحب، في أمراض

Casablanca, le :

56 DEC

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.1.
 Ain seba Casablanca
 Ofloct 1,5 mg/0,1 ml sol
 auriculaire b20
 P.P.V : 70,60 DH

Melle Bonassarue

18.2

1^o Augusten 1g gh-16h

1 sachet goes 177

21 odes song

Egglee / → 77,
E 20 AOUT Dalton A. 5389 97 0102 05
FRANCE

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text "PHARMACIE 20 AOÛT" at the top and "PARIS" at the bottom. The inner circle has "Rue Dalton" at the top and "M. BENNATIN" at the bottom. Between the rings, it says "Télé. 0522 85 38 92" and "0522 85 02 02". There are two stars on either side of the inner text. Handwritten text "40.2 gelée /" is written above the stamp, and "A reduire" is written below it. A large handwritten signature "T7" is written across the stamp.

A circular blue ink stamp with the text "PHARMACIE 20 AOUT" at the top, "Rue Dalton" in the center, and "PARIS" at the bottom. The date "20 AOUT 1905" is stamped in the center. There is a handwritten signature across the stamp.

29/2-771