

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.

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° W19-466016

MALE

191856

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3668 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNOUSSI BOUAFIA

Date de naissance : 08/10/1963

Adresse : 1, Rue de la mer Blanche Ain Diab

Tél. : 06611662596

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancerologique de la Face et le cou
119, Bd Abdellah Ben Kaddour, Casablanca
T. 0518 33300002 - F. 0518 33300002
M. 091169052

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BERNOUSSI BOUAFIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Méningo

DALRAS

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
01/11/2022	C2	-	0	Dr. SENYALI DOTO RHINO LARYNGOLOGY & ANESTHESIOLOGY, 033300002 - IF: 144091169052

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01 2023	 PHARMACIE DAIS 102, rue Jeanne d'Arc An Doua Soudan Tdt: 03 22 79 81 52 214,10

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/11/1980	Radio Cervical FIP	300 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
				INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
OD.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	---			G	00000000	11433553	B			
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																

	G	00000000	11433553																
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'Institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Casablanca, le
01/11/2023



MME BERNOUSSI BOUCHRA

34.10

- **Nifluril 250 mg**

1 gélule, matin, midi et soir, pendant 1 semaine

23.80

- **Ixor 20 mg**

1 comprimé, le soir, pendant 7 jours

53.10

- **Relaxol 500 mg /2mg**

2 comprimé, matin, midi et soir, pendant 1 semaine



= 214,10



Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
CE : 001918333000002 - IF : 14477065
INPE : 091169052

PER.322
004
101-234004
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V :53DH10
6 118000 060833

PER.322
004
101-234004
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V :53DH10
6 118000 060833



NIFLURIL 30 gélules

PPV 74DH10 EXP 01/2026
LOT 2D036 1

Radiologie Zerkouni

IRM | IMAGERIE DU SEIN | EOS

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 08/11/2023

Facture N° 6002/23

Nom patient : **BERNOUSSI BOUCHRA**

Examen(s) réalisé(s) : **RADIO CERVICAL F+P**

Montant : **300 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DH

REGLEMENT : CHEQUE N° 5064745



Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerkouni, angle rue des Hôpitaux - Casablanca 20000 - Maroc

Tél. : + 212 5 22 88 11 11 (LG) • E-mail : rad59zerkouni@gmail.com

T.P. : 36340653 - I.F. : 45758413 - I.C.E. : 002458095000096 - RIB : CDM 021 780 0000 046 030 807165 97

RDV IRM : 06 66 20 74 92 - RDV Mammographie : 06 66 09 02 39