

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

Nº W19-434503

ND17864

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01327

Société :

Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ASLY Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

sidi Maârouf I Rue 17 N° 80 Casablanca

Tél. :

0661915770

Total des frais engagés :

428,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Dr. El ASLY Mohamed

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

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 :

Le : 29/01/2020

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
24 DEC 2019			150,-	INP : DR 000000 Docteur Ahmed BEN Chouaib en Rechiwanez 05 22 28 19 2 / 03 28 80 Dr. Aba Chouaib Bouakkai El Fid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANBAK 1 <sup>er</sup> MOUBI - RITA - TOULOUSE 62, Bd. Chouaïb Doukkali Tél : 05.22.28.52.99	24/12/19	278.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	35533411															
G	35533411	11433553															
		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"/>															

# الدكتور أحمد بنوجيدة

## Docteur Ahmed BENBOUJIDA

Diplômé en ECHOGRAPHIE GENERALE  
de l'Université Rene Descartes de Paris

Ancien interne des hopitaux

139, Boulevard Aba Chouaïb Doukali  
Sidi Maârouf (5) - Face Souk Koréa  
Préfecture El Fida Derb Soltane  
Casablanca - Tél. : 05 22 28 19 52 / 28 92 92



حاصل على شهادة الشخص بالصدى  
(اللايكوغرافيا)

خريج كلية الطب روني ديكارت بباريس  
طبيب سابق بالمستشفيات

139 شارع أبي شعيب الدكالي  
سيدي معروف (5) - أمام سوق القرعية  
عمالة الفداء درب السلطان  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 28 19 52 / 28 92 92

Casablanca le :

24 DEC 2019

الدار البيضاء في :

EX-DRY BOHNE

14950 - Spectrum

14850 - Cat mod

3470 - Lymph

10.50x2 - Liver

248 - Naby

278.50 - Lyre R

Dr. AHMED BENBOUJIDA  
Médecin diplômé en Echographie Doppler  
139, Avenue Aba Chouaïb Doukkali El Fida  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 28 19 2 / 28 92 92

**149,50**

FUSULOGIC  
contre indications, excipients à effet  
notoire : voir notice

PPV: 48DH50

PER: 07-22

LOT: I1738



b 12, Allée des Césumine - Ain Seba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 24DH80

PER: 07-22

LOT: I1779

بوتي ش. م.  
الكايزارينا - عين السبع - الدار البيضا  
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

**PARANTAL®**

PPV 100DH50

EXP 08/2021

LOT 83071 2

**PARANTAL®**

PPV 100DH50

EXP 08/2021

LOT 83071 2

PPV 34DH70

EXP 10/2022

LOT 96036 3

**DEFTRYI®**