

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 :                    | 2310                                  | Société :                           | R.A.M |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :    | 60125 |
| Nom & Prénom :                 |                                       | MANAR ABDELWAHAB                    |       |
| Date de naissance :            |                                       | 8/11/1951                           |       |
| Adresse :                      |                                       | LOT - HABBA N° 129 EL OULFA<br>CASA |       |
| Tél. :                         | 0670351833                            | Total des frais engagés :           | Dhs   |

Cadre réservé au Médecin

|   |   |                                   |                                 |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :   | Dr Imane DARI ep BENCHANEM<br>Pneumophysiologue - Allergologue<br>Angle Al Qods - RS 1029 - 2 <sup>e</sup> étg. N° 8<br>Sidi Maârouf - Casablanca<br>Tél: 0522 58 49 43 |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 19/01/2021  | Age :                             | 50                              |
| Nom et prénom du malade :   | KADAR. Lahfa  |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | BRONCHOPATHIE.  |                                   |                                 |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/01/2021

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/01/2021      | CD                | 260.00                |                                 | Dr. Imane DARI ep BENGHANEM<br>Pneumophtisiologue - Allergologue<br>Angle Al Qods - RS 1029 - 2e Flg. N° 8<br>Sidi Maârouf - Casablanca<br>Tél: 0522 58 49 43 |

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/01/2021      | EPR               | 500.00                |                                 | Dr. Imane DARI ep BENGHANEM<br>Pneumophtisiologue - Allergologue<br>Angle Al Qods - RS 1029 - 2e Flg. N° 8<br>Sidi Maârouf - Casablanca<br>Tél: 0522 58 49 43 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| HARMACHE AYSSIM<br>Pharmacie N°622 Casablanca - Tél: 05 22 90 39 12<br>INFE: F020105<br>ICE: 00204209700024 | 19.01.2021 | 271.60                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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

| SOINS DENTAIRES         | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS      |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
| DEBUT D'EXECUTION       |                |                  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION         |                |                  |             |                         |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |                |                  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS      |                |                  |             |                         |
| DATE DU DEVIS           |                |                  |             |                         |
| DATE DE L'EXECUTION     |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |

D.O.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

[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

Dr. Imane Dari ep. Benghanem

Médecin spécialiste :

Pneumo-phtisiologue Allergologue

Tests cutanés d'allergie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Radiographie des poumons

(Adultes – Enfants)



الدكتورة إيمان داري بنغامن

طبية اختصاصية في :

الأمراض الصدرية والحساسية

التحليلات الجلدية للحساسية

فحص الوظيفية التنفسية

الفحص بالأشعة

(الكبار والصغار)

Casablanca, le : 19/01/2021

البيضاء في :

Ave NADAR VAT/CA

213,601 - Dilue forte =

1 ampoule sur 60 ml de l'eau

1 ampoule / ml pendant 3 mls

82,10 - Truxim 20

Topli 1/2 h avant repas 1/2

40,903 - Bินارking

1/2 cap x 2/3

99,002 - Physiomer:

1 application x 31; 110 j

5 - Nasonex petit medale

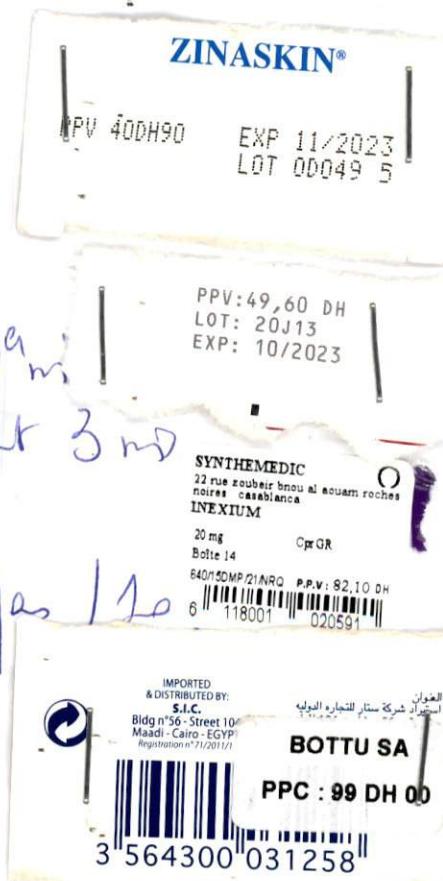
2 puf/heure/110j

2x1,60

Dr Imane DARI ep Benghanem  
Pneumophtisiologue-Allergologue  
Rond-point al Mostakbal, angle al Qods  
RC 1029 2ème étg N°8 Sidi Maârouf

مدار المستقبل، شارع أبو بكر القميدي وشارع الحقدس، إقامة ندى، الشقة رقم. 8، الطابق 2  
سيدي معروف، الدار البيضاء، الهاتف : 0522 58 49 43

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubaker el Kadiri et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, Appt. N°8 2ème étage, Sidi Maârouf – Casablanca.- Tél : 0522 58 49 43



IMPORTED  
& DISTRIBUTED BY:  
S.I.C.  
Bldg n°56 - Street 10  
Maadi - Cairo - EGYPT  
Registration n°77/2011/1

العنوان شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA

PPC : 99 DH 00

3 564300 031258

PILOTAGE  
CASABLANCA  
Import - Vat: 0  
ICE: 0020420970

Dr. Imane DARI Ep. BENGHANEM

**Médecin spécialiste en**

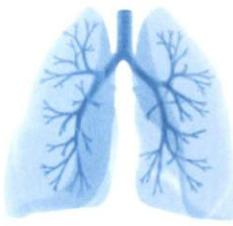
Pneumo-phtisiologie Allergologie

Tests cutanés d'allergie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Radiographie des poumons

Adultes – Enfants



**الدكتورة إيمان داري بنغام**

**طبيبة اختصاصية في**

**الأمراض الصدرية والحساسية**

**التحليلات الجلدية للحساسية**

**فحص الوظيفة التنفسية**

**الفحص بالأشعة**

**الكبار- الأطفال**

## FACTURE

Casablanca, le : ١٩١ ١١ ٢٠٢١ : البيضاء في :

- Nom et Prénom : HADAR LATIFA

- Examens demandés :

- Tests Cutanés d' Allergie :

- Exploration Fonctionnelle Respiratoire :

Cinq cent dirhams (500DH)

- Radio Pulmonaire face

- Nébulisation :

Dr Imane DARI ep Benghanem  
Pneumophtisiologue-Allergologue  
Rond-point Al Moustakbal angle al Qods  
RC 1029 2ème étage N°B Sidi Maârouf  
Casablanca Tel 05 22 33 44 43

مدار المستقبل، شارع أبو بكر القادرى و شارع القدس، إقامة ندى، الشقة رقم 8، الطابق 2  
سيدي معروف، الدار البيضاء. الهاتف : 0522 58 49 43

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubaker el Kadiri et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, Appt. N°8 2ème étage, Sidi Maârouf – Casablanca.- Tél. : 0522 58 49 43