

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.

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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

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



68517

CA

Déclaration de Maladie : N° S19-0005106

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9269 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Moustahsine Date de naissance : 29/10/1964
Adresse : H. AZEDINE
Tél. : 06 76 87 83 57 Total des frais engagés : 807,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale Echographie
76 Bd El Fida 1^{er} Etg. Derb Fokara
25.22.28.39 93. Casablanca

Date de consultation : 09 AVR 2021
Nom et prénom du malade : Moustahsine Azedine
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Suppuration
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
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
Le : 23/04/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19-0005106

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9269
Nom de l'adhérent(e) : Moustahsine
Total des frais engagés : 807,90
Date de dépôt : 23/04/2021

RELEVÉ 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
	C	1	120	<p>Dr. Marouane BENCHERBOUJ</p> <p>Médecine Générale Echographie</p> <p>78 Bd El Fida 15500 - Derb Fokara</p> <p>Tél: 05 22 29 30 93 - Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.04	187.90
	21	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/04/21	P.C.R.	509.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>				MONTANTS DES SOINS																					
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		B																							
				MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Marouane BENCHEKROUN

الدكتور مروان بنشقرون

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Dakar
C.E.S. d'Echographie Générale

الطبيب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بدكار
حائز على شهادة الفحص بالصدى

Casablanca, le.....

Moussatine
Azedine

23.50 Polymix

29.00 1 bid x 3h

Oroxyl

25.00 1 goulte x 3h

Othyls

20.00 2 goultes x 3h

Bohennig

1 sachet x 3h

187.50

LOT:511
PER:06/22
PPV:23.90DH

Promoplus Pharma

PPC = 79,00 DH

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 65.00 DH

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale Echographie

El Fida 17 Etg. Derb Fokar
22.28.39.93. Casablanca

PPV:20DH00
PER:10/22
LOT:12487

Dr Marouane BENCHEKROUN

الدكتور مروان بنشقرون

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Dakar
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بدار
حائز على شهادة الفحص بالصدى

MONSTASINE Azeddin

Casablanca, le 09 AVR 2021

Prélevement nasopharyngé à
la recherche de l'ARN viral du
SARS-CoV-2
résultat en temps réel

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale Echographie
76 Bd El Fida 1^{er} Etg. Derb Fokara
Tél: 05 22 28 39 93. Casablanca

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Identifiant du patient : 21D0000925

Date de naissance : 29/10/1964

Sexe : M

Date de l'examen : 10/04/2021

Prélevé le : 10/04/2021 à 08:25

Edité le : 10/04/2021 à 17:14

Mr MOUSTAHSINE AZEDDINE

Dossier N° : C21041279



DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

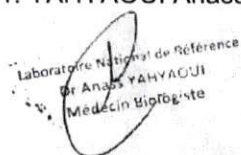
Nature du prélèvement	:	Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 négatif



Le 10/04/2021 à 17:14

Signature

Pr. YAHYAOUÏ Anass



Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

FACTURE N° : 15186 / 21

Dossier réalisé le : 10/04/21 08:28

A l'attention de : **Mr MOUSTAHSINE AZEDDINE**

Identifiant du patient : **21D0000925**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

Total dossier : 500,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE