

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.

78314

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

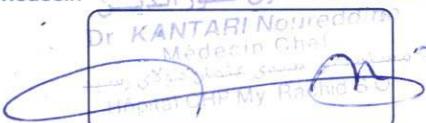
Adresse : LOT 125 TRANCHE D 1 MADINA TADIDA

SIDI OTMANE CASABLANCA

Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 809,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/06/2021

Nom et prénom du malade : Abdellatif Benyass

Lien de parenté :



Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Scan-S

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 : 21/06/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/07/2017      | CS                |                       | 50                              | DR M. BENOIT<br>Signature                                      |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 24/07/21 | 259,00                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|  |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| LRS CONCEPT<br>N° 49 Lotissement El Hamra 2 ètage 3<br>Ain Chock - Casablanca<br>Tél: 0522 88 57 75 fax: 0522 88 57 76 | 24/06/2021        |        |     |     |     | 550,00                             |

## 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

| SOINS DENTAIRES              |  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|------------------------------|--|---|------------------|-------------|-------------------------|--|---------------------|--|---|--|---------------------|--|--|--|--|--|---|--|---------------------|--|---|--|----------|--|-------------------------|
|                              |  |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">00000000   11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2">35533411  </td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | 25533412   21433552 |  | D |  | 00000000   00000000 |  |  |  |  |  | B |  | 00000000   11433553 |  | G |  | 35533411 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H                            |  | 25533412   21433552   |                  |             |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
| D                            |  | 00000000   00000000   |                  |             |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
| B                            |  | 00000000   11433553   |                  |             |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
| G                            |  | 35533411  |                  |             |                         |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |
|                              |  |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |  |                     |  |   |  |                     |  |  |  |  |  |   |  |                     |  |   |  |          |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXERCICE



## **ORDONNANCE**

24-06-2021

Dr Abdelhafid Benyess

1

# 1) Hydrochloric Acid

**LRS CONCEPT**  
N° 49 Lotissement El Hamra 2 ème étage 3  
Aïn Chock - Casablanca  
Tél: 0522 88 57 76 ... 0522 86 57 76

2) *Acatissa*

188

$2 \times (-)$

Demo spray

12pp

200

DeSepti

59.00

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text "Ministère de la Santé \* Centre hospitalier \* CHU". The inner circle contains "Service d'urgences de l'hôpital Sainte-Justine, Montréal". There is also some handwritten text at the top right.

د. قسطنطين  
Dr. Nourreddine  
Bachid S.O.  
مسئل شفرو سبدي ع  
My Bachid S.O.

Cicatrizen®

Tube de 30 g



6 111012 19601

LOT: 0082  
PER: 04-24  
PPC: 45.00 DH

Tube de 30 g

LIRE CONCERTEMENT  
A LA DROGUERIE GÉNÉRALE  
TOUTES LES PHARMACIES  
TOUTES LES GRANDES SURFACES

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Préfectoral  
des Arrondissements de My Rachid  
Hôpital Sidi Othmane



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
للكودن وتنمية الأقليات  
مقاطعات مولاي رشيد  
مستشفى سبلي عثمان

**ORDONNANCE** 24-06-2021

Dr. Abdelhafid Benyass

## 1) Hydrocarbon Chemistry

**LRS CONCEPT**  
N° 49 Lotissement El Hamra 2 ème étage 3  
Aïd Chéikh - Casablanca  
Tél: 0522 86 57 76 ... 0522 86 57 76

45,00 2) Acatissa  
1 app

28 ( 2 )

125,00 3) Demo Spray

20c

89.00

4) De Sept.

25

PHARMACIE DIAS  
MADINA AL JADIDA  
LAHLOU Fâtan  
t. 378 Tétouan D Cité Nouvelle - Ca

SD20 1023  
LOT PER  
Prix 89.00

# LRS CONCEPT

N°49 Lottissement El Hamra 2 étage 3 Ain chock-Casablanca

TEL : 0522 86 57 75/76 0522863913 – FAX : 0522 86 57 76

## FACTURE

Date :

24/06/21

N° de pièce :

FA00049/21

MR ABDELHAFID BENYASS

| REF     | Désignation        | Qté | PU TTC | PRIX TOTAL EN DH (TTC) |
|---------|--------------------|-----|--------|------------------------|
| 609 672 | HYDROCLEAN ADVANCE | 1   | 550,00 | 550,00                 |

TOTAL TTC

550,00

Arretée la présente facture à la somme de :  
CINQ CENTS CINQUANTE DIRHAM

SARL Au Capital de 500.000 Dirhams

RC : 3906956 – Patente : 34082722 – Identifiant fiscal : 24946901 – CNSS : 6155148 – ICE : 002005428000008

LRS CONCEPT  
N° 49 Lottissement El Hamra 2 étage 3  
Ain Chock - Casablanca  
Tel: 0522 86 57 75  
0522 86 57 76

# HydroClear

Made in Switzerland

REF 609 672

2023-09

EAN



4 052199 242330

609 672



4052199242330 6318849

PANSEMENTS HYDROGEL, > OU = 30 G ET < 60 G,  
BOITE DE 10., HARTMANN