

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.

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.

ique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057074

Mme du conjoint 2009

82327

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2048*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *MR BENCHERIF Aïli Saïd*

Date de naissance : *01-02-1952*

Adresse :

Tél. : *0661453762* Total des frais engagés : *=686= Dhs* Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *12/08/2021*

Nom et prénom du malade : *El Mami Mohamed* Age : *69 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : *12/08/2021*

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
12 Aout 2021	C	3	300 Dhs	Chirurgien Urologue Bd. Abdelloumen - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
G	12/8/21	386.2

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CoeffICIENT DES TRAVAUX
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F) avec numérotation 1 à 8 pour les maxillaires et 1 à 8 pour les mandibulaires. Les axes sont indiqués par D (gauche), G (droite), H (en haut) et B (en bas).				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CoeffICIENT DES TRAVAUX		
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F) pour les prothèses dentaires.	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS		
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F) pour les prothèses dentaires.				
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU				

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

par :
ARMACEUTICALS MOROCCO LLC
nue Hassan 1er,
Casablanca, Maroc.

par :
ARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

par :
ARMACEUTICALS MOROCCO LLC
nue Hassan 1er,
Casablanca, Maroc.

par :
ARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

كوتافلو®
CONTIFLO®

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale



60 كبسولة
أذن تحرير معد
عن طريق الفم
ملع 0.4



76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia, 3 ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél. : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80

E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

Gsm : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76

valable 3 mois

12 AOUT 2021

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^r BENCHERIF Sidi-Saïd

Présente Dame de Antakie

Nécessitant un traitement d'une durée de : in medical & Eng

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)