

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-718448

126165

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10515	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AIT OUDDAHI MOHAMED FAKIR			
Date de naissance : 04/10/31/1988			
Adresse : Avenue Ahmed Ben Ali, Résidence Fathia, 6 ^e étg Apt 30 Bouygues CASABLANCA			
Tél. : 0522 20 45 45	Total des frais engagés : 622,10 Dhs		
0660 753372			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/08/2022			
Nom et prénom du malade : AIT OUDDAHI MOHAMED FAKIR			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : DÉBITE URÉTÉRAL AIGU			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22/08/2022			
Dans le cas où la maladie aura 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) :

Le : 23/08/2022



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
20/06/22 C3	(Consultation)	300,00		INP : 0191d 20/06/22 Dr. BERNAL Dr. CHIEN Professeur Ag. à l'Agence en O.R.L. EL Alloussi Bourgogne 05/22 29 47 10 / 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE NICE Av. Nice 06220 Casablanca Tél. 05 22 24 93 39	20/06/22	322,10

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

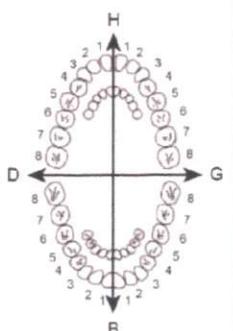
MONTANTS DES SOINS



FIN D'E Contenu net: 150 ml

Lot: 211214
A consommer
de préférence avant le: 12/2024
PPC: 79,50 DH

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Brahim BENALI

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TETE ET COU

Traitements du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne

(Face Clinique Badr)

Casablanca

Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

E-mail : medecinbenali@gmail.com

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

20 JUIN 2022

LOT : 439
PER : JAN 2024
PPV : 36 DH 60

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

+ 21,-

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

+ 21,-

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

+ 21,-

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

+ 21,-

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

+ 21,-

117,10
1 0 Lippen
117,10
24 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca, le

+ 21,-

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05.22.49.23.86

الدكتور ابراهيم بنعلي

أستاذ مبرز

خريج جامعات ليل وابروكسيل

أمراض الأذن والأذن والحنجرة

جراحة الرأس والعنق

معالجة الشخير — الصمم — الدوخة

بالموعد

24, زنقة العلوسي - بوركون

(أمام مصحة بدرا)

دار البيضاء

الهاتف : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

البريد الإلكتروني : medecinbenali@gmail.com

Tel: 05 22 94 93 39

N°3 Bourgogne Casablanca

Résidence Bourafia

NICE MACIE

Boulevard de l'Indépendance

1000 Casablanca

Morocco

Dr. BENALI Brahim

Professeur Agrégé en O.R.L.

Chirurgie de l'oreille et de la gorge

Chirurgie de la tête et du cou

Chirurgie de l'appareil respiratoire

OLIPEN®

500 mg/62,5 mg/100 mg

AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE/CINEOL
AMOXICILLIN/CLAVULANIC ACID/CINEOLE

أوليپان®
500 ملغ/62,5 ملغ/100 ملغ

أموكسيسيلين / حامض كلاغولانيك / سينيول

مسحوق لتحضير معلق للشرب

16 Sachets - doses

16 كيسا - جرعات



OLIPEN®

AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE/CINEOL
AMOXICILLIN/CLAVULANIC ACID/CINEOLE

OTOSAN®

Effe
Efect
Absch
Effet d
Decongestant effect
يزيل الاحتقان

ISOPHARM
OTOSAN NASAL
ADULTES
88.90 DH

NASAL
SPRAY
Forte

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE