

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 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.

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 : 7155 Société : RAM 11683

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOTNI AHMED

Date de naissance : 09.07.1962

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 35 93 80 80 Total des frais engagés : 491,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.08.2022

Nom et prénom du malade : GOTNI ILYASS Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

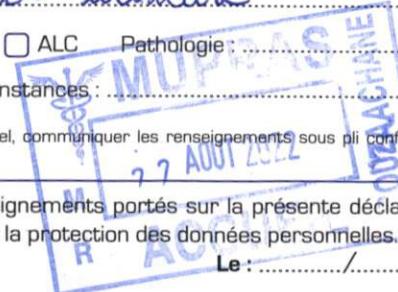
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Ag 08 22 | C | — | 150,00 | Docteur Omar BENNOUAF Médecine Générale Rue 65 N°32 2 ^e étage Passage Prince Ettaaouine R. Hassan - Casablanca Tel.: 0522 90 98 07 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Docteur OMAR BENNOUAF 2 ^e étage Passage Prince Rue 65 N°32 Casablanca Tél.: 0522 90 98 07 | 19/08/22 | 341,50 |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | 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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DENTES DENTAIRES

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | MONTANTS DES SOINS | |
|---------------------------|---|----------|----------|----------|--------------------|--|
| | H | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | |
| | B | 35533411 | 11433553 | | | |
| | G | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX | DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | | | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------------|---------------|---------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENNOUNA

Médecine Générale
Echographiste

الدكتور عمر بنونة
طب العام
دبلوم في الفحص بالصدى
من كلية الطب بموبلي بفرنسا
طبيب سابق في القوة المسلحة الملكية
شهادة في وضع اللولب - العملية الصغيرة

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 N° 53, 2^{ème} Etg Passage Prince
Ettaâoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

Diplômé d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier, France
Ex. Médecin des F.A.R.
Attestation de DIU

Casablanca, le 19/08/22

M^{me} G. TNI

ILYASS

Rm 190 Cipro-dine 500 mg



1 cp x 8 . Après 2 mois



Rm 190 Sputofor 1 cp x 8



Rm 190 Apazide 200 mg



Rm 190 Metronidazole 1 gel x 6



Rm 190 Metronidazole 1 cp x 3



Rm 190 Imedium 20 mg



341,50

100 mg
Rue 65 N° 53, 2^{ème} Etg Passage Prince
Ettaâoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

زنقة 53، الطابق الثاني ميربراس المتعاون - الحي الحسني - الدار البيضاء - هاتف العيادة : 07 05 22 90 98 07

Rue 65 - N° 53, 2^{ème} Etage - Passage Prince - Ettaâoune - Hay Hassani - Casablanca - Tél. Cabinet : 05 22 90 98 07

En cas d'Urgences : 06 64 04 38 25
في حالة الاستعجال:

LOT : M0052
EXP : OCT 2025
PPV : 171,80 DH

27,fc



METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
S 118001 100293

P.P.V. 19 DH 70
PER 06/25
LOT 12248

19,70

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bneu el aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. 82,10 DH
S 118001 020591