

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENOUHOU D MOHAMED

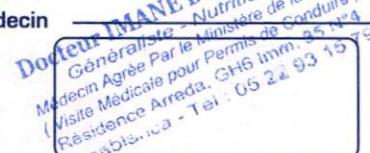
Date de naissance : 29/01/42

Adresse : 3, Rue Saïda Boul Zouhair, Esc. B.

Appt N°5, 3^e étage Q. Fakir, Casablanca

Tél. : 0522250700 Total des frais engagés : 492,50 Dhs
687 0666880612

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2022

Nom et prénom du malade : BENOUHOU MOHAMED

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Né(e) Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 07/12/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05/02/2021 | Acte | | 150,00 DHS Cent Cinquante |  Dr. IMANE BENOUHOU Généraliste - Nutritionniste Agrée Par le Ministère de la Santé Médicale pour Permis de Conduire N°4 Arrêté GH5 Imm. 35 N°4 Tel : 05 22 93 15 79 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <p>Mohamed LAHOU Salonique 28, Rue du Home - Casa gle Hué 02 22 85 43 95 Tél. : 06 22 81 53 31 Fax : 06 22 81 53 31 C: 318382 - IF : 15221985</p> | 05/12/22 | 342,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane Benouhou

Diplômée de la faculté
de Médecine de Casablanca
Médecine Générale

Nutritioniste

Médecin agréé par le Ministère de la santé
Visite Médicale pour permis de conduire



الدكتورة إيمان بنوحوه

خريجة كلية الطب
الدار البيضاء.
الطب العام

اختصاصية في الгинيّة والتغذية
طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة
الفحص الطبي لرخصة السيارة

Casablanca, le : 05/12/2022

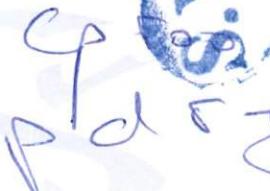


MR BENOUHOU D

MOHAMED

69,00

1) Bioulane CP



140,00 + 80,00
220,00

2) Amziz CP

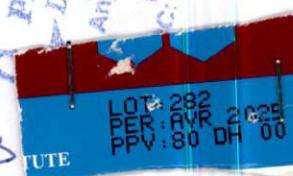


3) Cedel CP



3 CP x 2 f 15

3



Dr. Imane BENOUHOU
Médecin Généraliste - Nutritioniste
Visite Médicale pour Permis de Conduire
Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35
Casablanca - Tel : 05 22 93 15 79

إقامة الرضا، رقم 4، العمارنة 35، (قرب الحاج فاتح) الألفة - الدار البيضاء.

Tél. : 05 22 93 15 79

Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35 (près de Haj Fateh) Hay El Oulfa Casablanca.

INPE : 0091164749 / ICE : 001892910000051

4) A Vendre sur place
31,50 Dhs * 3 fl PdA



Docteur MANE BENOUHOUD
Généraliste - Nutritionniste

Médecin Agrée Par le Ministère de la Santé

(Visite Médicale pour Permis de Conduire)

Résidence Arreda, GHB Imm. 25 N°4

Casablanca - Tel : 05 22 93 15 79

342,50

PHARMACIE M. V.
Dr. A. Benazzouj-AHLOU
261 Rue de l'Indépendance - Casablanca
Angle Rue de l'Indépendance - Casablanca
Tél: 05 22 93 22 77 / 93 31
RC: 34282-D / 16221985

1400

N° 218 DMP/21/NRQ
Lot: 22093 PER: 06/2025
PPV: 31,50 DH