

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Nº M20- 0003917

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **666** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TAHIRI**

Date de naissance : **10-01-1939**

Adresse : **6 Rue Falah El Badiia d'Antwerp Casablanca**

Tél. **661 800379**

Total des frais engagés : **M. 86,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

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 : **Centre Allal Ben Abdellah**

Le : **03/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

A. TAHIRI

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
20/02/2018	Consultation	1	300,00	Dr BENJAMIN COHEN Rés. Dr CHAR. N° : 03.22.23.20 MAEF - Mandat N° : 091021618 INN N° : 091021618

MACIE L'ORCHIDEE
Cachet du Pharmacien
du du Fourneau

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Bourisseur	Date	Montant de la Facture
ACIE UG a Boulevard ingle Route d'ASBLANTOUP 05/22-30-8622 246317	3.1.2023	886,5-

TYPE: U

Gachet et signature du

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D** (Upper Left Quadrant): Teeth 1 through 8.
- G** (Lower Left Quadrant): Teeth 8 through 1.
- H** (Upper Right Quadrant): Teeth 1 through 8.
- B** (Lower Right Quadrant): Teeth 8 through 1.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENCHEKROUN DRISS
 DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE
CARDIOLOGUE
 DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
 DE CARDIOLOGIE
Maladies du Coeur et des Vaisseaux
 SUR RENDEZ-VOUS



UT. AV.: 02 2025 103 40
 P.P.V.

LOT N°:

FY 4485

103,40

والشرايين

Cardiospirine 100 mg/30cpls
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Plavix 75 mg. CP del b 28
 P.P.V : 316,00 DH

Casablanca, le 03 JAN. 2023

UT. AV.: 06 2025 103 40
 P.P.V.
 LOT N°: G J 7747
 103,40

Mr. Tahri J.
 Abderrafi

- 316,00 - Plavix 75 141f is
 27,70 - Cardiospirine 100 141f is
~~(2+103,40)~~ - Técher 40 is 141f leen
 206,80 - Exfuge 5/160 141f mali
 77,80 - Cardensiel (1,25) is 141f mali

6 118001 100842

 Cardensiel® 1,25 mg
 Comprimés pelliculés 8/30
 PPV: 77,80 DH

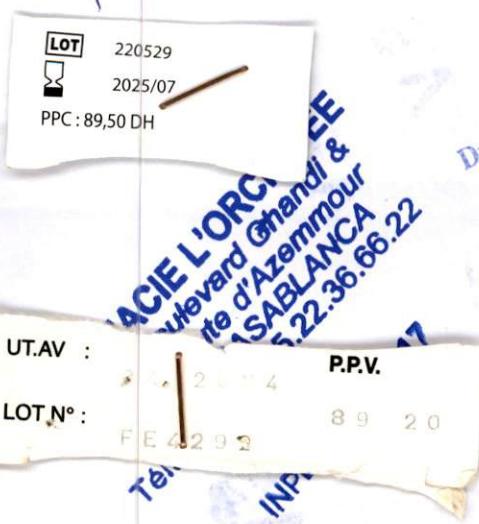
facture d'un mois à

BENCHEROUN DRISS
 Cardiologue
 RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAARIF - CASABLANCA
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
 Email : benchekroundriss@hotmail.com

8.8.14

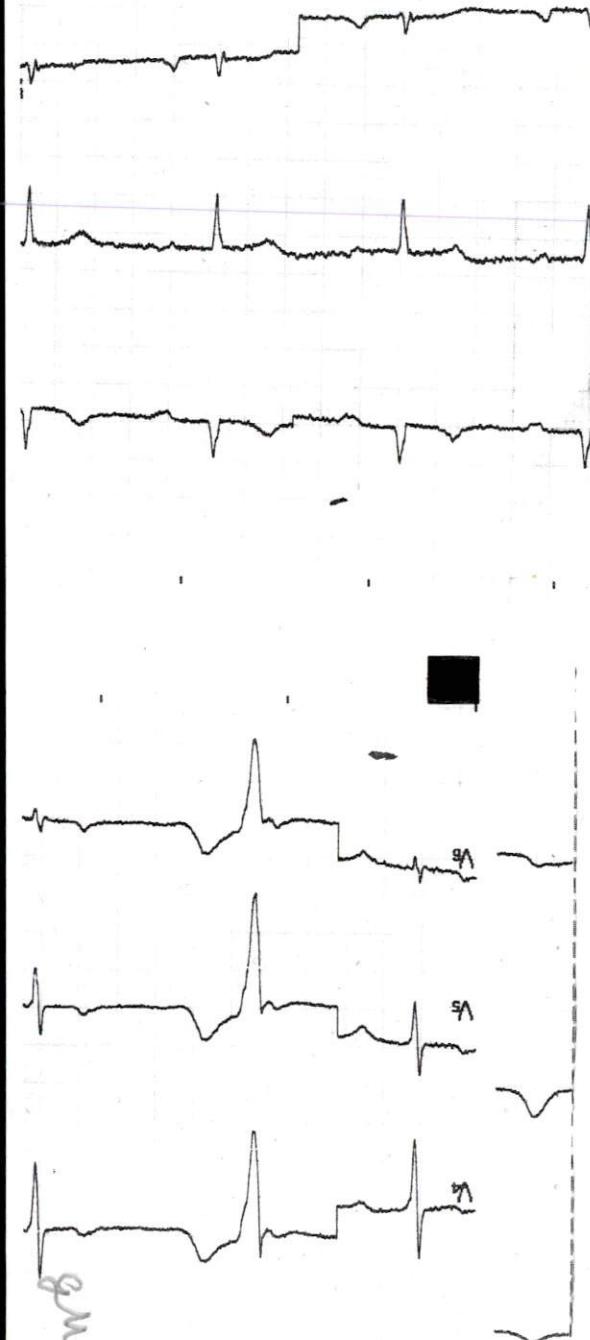
89,20 Avelox 5 mg (file) NS
 79,50 Aplexol 1cp x 2 (file) NS
 89,50 Aplexol spray gage (.156) NS

$\Sigma = 886,50$

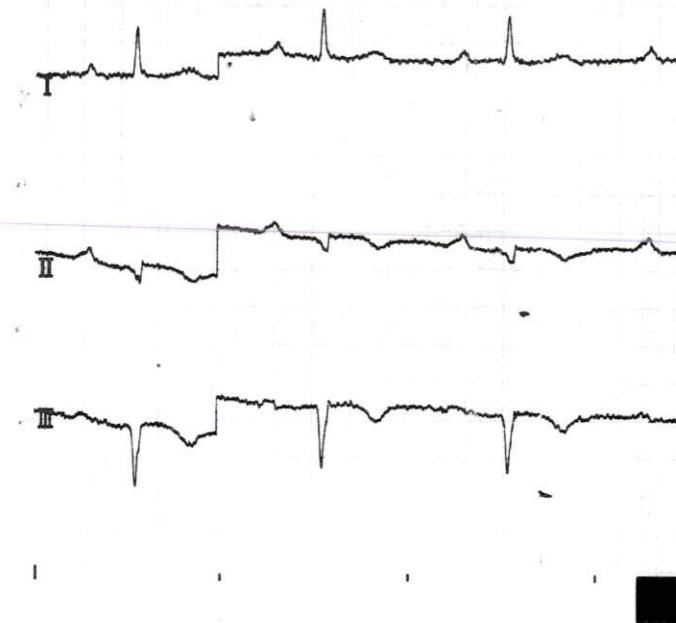


Dr BENCHEKOUN DRISS
 Cardiologue
 R.G. BEN OMAR, Rue BEN HAFSS - JML
 MAARIF CASABLANCA / TEL: 0522.23.36.85 / 0522.23.22.51
 INPE N° : 091021618

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=59
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=60
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



TA = 135/65 mmHg

ECG : RRS = 60 /mm PR = 0.26 /Sec BTW 1^o d
aQRS = QT = /Sec

16v
Q DRS
Dr. RENACHEKOUN DR'S
INPE N° : 091021618