

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.

M22- 0050139 *AS4737*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

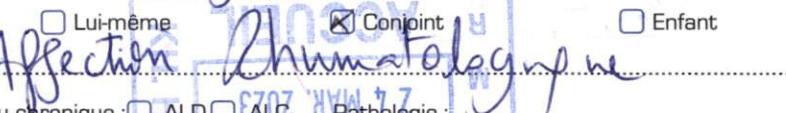
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6218** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **BENTAHILA HAKIM**
 Date de naissance : **20/01/16**
 Adresse : **25 RES. ENNAJD Apt 965 Av. STÉPHANE**
 C.A.S.A
 Tél. : **06 61 18 16 63** Total des frais engagés : **1704,6** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Houcine KADIRI BENJUAR
 Spécialiste en Rhumatologie
 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya
 Résidence Shehrazade 3, 3^e Etage N° 3 - Casablanca
 Tél. : 0522 98 02 39 / 98 03 27 - C. 0522 98 02 35

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **27/02/2023**
 Nom et prénom du malade : **Banhayon Al-Aqal** Age : **62**
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Affection** 
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **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 : **Casa-Benjouar** Le : **27/02/2023**
 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 | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|--|------|-----------------------|---|----------|--------|
| 27/2/23 | U | | 400,00 + 400,00 800,00 | <p>INPE-091082768 INPE-001697860000077</p> <p>Dr. KARIM MEKOUAR Spécialiste en Acupunctologie Angle Bd Abdellah Bourguiba - Rue Soumaya Residence Shehrazade, 3, El Aouana - Casablanca Tel: 0529 98 02 39 / 98 03 28 - CIN: 065152 39 05</p> | | | | | | |
| <h3>EXECUTION DES ORDONNANCES</h3> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur</th> <th style="width: 30%;">Date</th> <th style="width: 40%;">Montant de la Facture</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Dr. Slimane Slimane</p> <p>PHARMACIE</p> <p>Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CSA Tel.: 05 22 98 07 63 - Fax: 05 22 98 64 17</p> <p>INPE-092001452</p> </td> <td>27/02/23</td> <td>440,60</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur | Date | Montant de la Facture | <p>Dr. Slimane Slimane</p> <p>PHARMACIE</p> <p>Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CSA Tel.: 05 22 98 07 63 - Fax: 05 22 98 64 17</p> <p>INPE-092001452</p> | 27/02/23 | 440,60 |
| Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur | Date | Montant de la Facture | | | | | | | | |
| <p>Dr. Slimane Slimane</p> <p>PHARMACIE</p> <p>Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CSA Tel.: 05 22 98 07 63 - Fax: 05 22 98 64 17</p> <p>INPE-092001452</p> | 27/02/23 | 440,60 | | | | | | | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

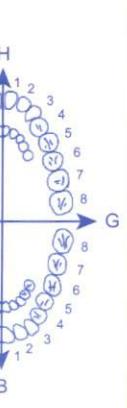
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|--|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|--|----------|--|---|--|----------|--|----------|--|---|--|--------------------|--|
| VITRÉO-LENS DENTAIRES | | MASTICATRICE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 35533411 | | G | | 00000000 | | 11433553 | | B | | MONTANTS DES SOINS | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
و العظام

Casablanca, le

27/2/2023

Mme Béchirou Nâoual

Des 2 bras F + P

au change -

Dr Houda KADIRI MEKOUAR
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya
Résidence Sherazade 3, 1^{er} Etage N° 3 - Casablanca
Tél. : 0522 98 02 39 / 98 03 28 - Gsm : 0651 58 98 05

INPE : 091082768
I.C.E: 00169786000007



زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة سومية، إقامة شهزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 28 03 98 02 39 / 0522 98 03 28 / 0651 58 98 05
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
و العظام

Dr. Houda Kadiri Mekouar
Casablanca, le 27/2/2023

56,60

138,30 Diprostone 180 mg x 100
79,50 x 2
159,00 Duorelax

86,70

- Sirdalud

Dr. Houda KADIRI MEKO
Spécialiste en Rhumatologie
Résidence Sherazade 3, ^{er} Etage
Rue Abdellatif Soumaya, Casablanca
Tél. : 0522 98 02 39 / 0522 98 03 28

27/2/2023

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >

PPV: 138,30 DH
LOT: 650246
PER: 06/24

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH

PHARMACIE ACHRAF

Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
Tél. : 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 01

Noracept

440,60

Dr. Houda KADIRI MEKO
Spécialiste en Rhumatologie
Rue Abdellatif Soumaya, Casablanca
Tél. : 0522 98 02 39 / 0522 98 03 28
Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Soumaya, Résidence Sherazade II
Résidence Sherazade 3, ^{er} Etage
Gsm. : 0522 98 02 39 / 0522 98 03 28

LOT: CA275
EXP: 02/26
PPC: 79.50DH

DuoRelax®
Gélule

LOT: CA275
EXP: 02/26
PPC: 79.50DH

DuoRelax®
Gélule

Casablanca, le 27/2/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

KADIRI

a l'honneur de présenter ses compliments à
M. Benhayon Noural
et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de :

Trif cents dirhams (800,00 dirhs) pour une consultation
+ infiltration étagée de l'épaule (7) DHS

INPE: 0910827308
CACHET ET SIGNATURE
I.C.E: 001697860000077

Dr Houda KADIRI MEKOUEAR
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Soumaya
Résidence Sherazade III Etage N° 3 - Casablanca
Tél: 0522 98 02 39 / 03 28 - Gsm: 0651 58 98 05

M U P R A S

N° Admission : 23002011 N° Facture : 23001942 Date facturati 02/03/2023

Nom et prénom du patient : **Mme BEN HAYUN NAOUAL**

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|--------------------|---------------|----------------------|------------------|
| RX PIED F/P | 1.00 | 464.00 | 464.00 |
| | | Sous-Total | 464.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent soixante quatre dirhams **Total : 464.00DH**

| | | |
|------------|------------------|-----------|
| Adhérent : | Part organisme : | 0.00 DH |
| Mle : | Part patient : | 464.00 DH |
| PC N° : | | |



Casablanca, le 02 Mars 2023

DR. KADIRI MEKOUAR HOUDA

MME. BEN HAYUN NAOUAL

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DES DEUX PIEDS FACE ET PROFIL EN CHARGE

- Minéralisation osseuse conservée
- Respect des différents interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles.

