

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 Lengue 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

162906

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005798

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

VENT D'ALTE ASES

Nom & Prénom : Elouafi Zohra

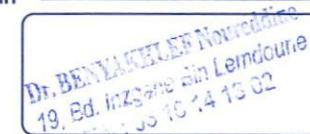
Date de naissance : 01/01/1980

Adresse : Bine le malakine Rue 66 N° 16

Tél. : 0522227798 Total des frais engagés : 1002,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/08/2023

Nom et prénom du malade : El ouafi, Zohra Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + palpitations

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 : 29/08/2023

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
22/05/2023	G	100	100	DR. BENEJAHIA 19 Bd. de la République 33100 LA TESTE DE BUCH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SLAQUIN RACINE Pharmacie ANALOUS Tél: 05 22 21 17 85	22	852,70
	23	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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 Benyakhlef Noureddine

Omnipraticien

Diplome d'echographie Générale

Diplome d'expertise médicale

Diplome de Sénologie

Electrocardiogramme

Expert Assermenté auprés des Tribunaux

الدكتور بنيخلف نور الدين

الطب العام

شهادة الفحص بالصدى

شهادة الخبرة الطبية

شهادة أمراض الثدي

الفحص الإلكتروني للقلب

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

Casablanca, le : 22/05/2023

El Aasri Zohra

264.30 Xedilol 20mg (n.3) 88.10 Dhs
444.40 Covantes 80/125ml 148.40
656.60 Aspergicid 100ml 21.80 Dhs.
181.10 Sulphon 6.5
29.20 17/1
586.20



19 شارع انزكان بين المدن (فوق مقهى عبد المؤمن) - الدار البيضاء

19 , Bd Inzagane , Binelam doune (au dessus du café Abdelmoumen) casablanca

Tél : 05 22 50 56 15 / Gsm : 06 10 14 13 02

Co-VarTex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 78/16 DMP/21/NNP

6 118000 023012

148,00

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 215/19/DMP/21/NRQDNM

6 118000 021773

→ 88,10

Co-VarTex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 78/16 DMP/21/NNP

6 118000 023012

→ 48,00

Co-VarTex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 78/16 DMP/21/NNP

6 118000 023012

→ 48,00

↓
88,10