

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.

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 : 5103 Société : R. A. M. D.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SENOUSSI MA MOUN

Date de naissance : 18/02/1944

Adresse : 6 Rue Bergeonard Ain diab Casablanca

Tél. : 06619824223 Total des frais engagés : 300,00 + 1704,00 Dhs

06614116303

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 MAI 2023

Nom et prénom du malade : SENOUSSI AMILA Age : 74 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyphtalmie + Kératite

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 : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le traitement des Actes
26 MAI 2023	SGG		17300 #	Docteur Zineb BENCHAOUIA Dentiste Générale Rue de l'Anzarane et Rue A Mourad, Résidence n°2 2 ^{ème} étage App't n°5 Casablanca / Tél. / Fax : 0522 25 35 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAB ESSALAM 27, rue de l'Anzarane, Casablanca Tél. : 0522 25 35 11	16/05/2023	1704,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

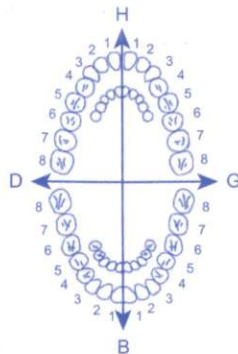
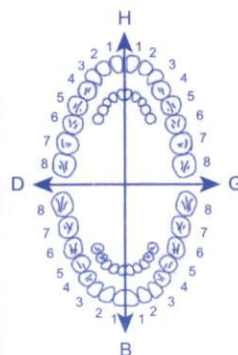
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **BENCHAOUIA Zineb**

Cardiologue

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd Casablanca
Diplômée en Echocardiographie
Université de Bordeaux



الدكتورة بن الشاوية زينب

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات بباريس
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى
من جامعة بوردو بفرنسا

, le : 16/05/2023

Casablanca, le :

Ordonnance

Mme SENOUSI JAMILA

CARDENSIEL 2,5mg : 1/2 comp. par jour le matin (6 mois)

STILNOX : 1 comp/j le soir au coucher (6 mois)

LEVOTHYROX 50 : 1 comp/j le matin à jeun (6 mois)

DAFLON 1000 mg : 1 comp/j le matin après le repas (1 mois)

MEDIVEN 600 mg : 1 comp/j le matin (6 mois)

OEDES 20 mg : 1 gél/j le matin à jeun (3 mois)

EXTRAVIT : 2 comp à sucer le matin après le repas (1 mois)

PHARMACIE BAB ESSALAM
(issy SARL)
Mohemmane Amal
Docteur en pharmacie
27, Rue de l'Atlas - hay salâm, Casablanca
Tél: 05.22 94.15.14

Docteur Zineb BENCHAOUIA
Cardiologue
134, Angle Bd Bir Anzarane
El Jourari - Résidence Aya
Casablanca - Tél: 05.22 25 35 11

PHARMACIE BAB ESSALAM
(issy SARL)
Mohemmane Amal
Docteur en pharmacie
27, Rue de l'Atlas - hay salâm, Casablanca
Tél: 05.22 94.15.14

PHARMACIE BAB
(issy SARL)
Mohemmane A
Docteur en pharmacie

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

134, Angle Bd Bir Anzarane et Rue A. El Jourari - Résidence Aya - Casablanca
Tél.: 0522 25 35 11 - E-mail : benchaouia.zineb@gmail.com
Urgences : 0668 37 84 57

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 21E007
PER: 09 2025
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465



LOT 222195
EXP 06 2025
PPV 60.00

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211322
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

N° de lot :
A consommer de
préférence avant fin :

11/2025
10/2025
11/2025

COOPER PHARMA
PPC : 98,00 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg
Comprimés sécables B/30
P.V. : 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118000 021049
AMM N° 242/2020 DMF/21 NRQ

Médiveine® 600 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 242/2020 DMF/21 NRQ
6 118000 021049

Médiveine® 600 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 242/2020 DMF/21 NRQ
6 118000 021049

7862160336

7862160336

7862160336

7862160336

7862160336

7862160336