

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 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.

N° W21-811707

173163

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
 Matricule : 13 115 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL FELLAH MATHOUFI

Date de naissance : 16/03/1994

Adresse : 30 LOT KOUTOU BIA II , RTE MEHDIA ,
SALE

Tél. : 0622 12 18 11 Total des frais engagés : 526,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2017

Nom et prénom du malade : EL FELLAH MATHOUFI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OSO

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 AOÛT 2017

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

MOPKAS

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
24.07.93	1	CS	25.000	INP : 0918111111 Dr. Aminah Benzaouia, Lyngologiste Dr. Hedi Maarouf

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Khaled Haidar Pharmacien Tél: 05 22 53 72 31	24.07.93	276,10

092093087

ANALYSES - RADIGRAPHIES

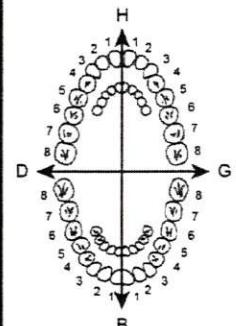
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

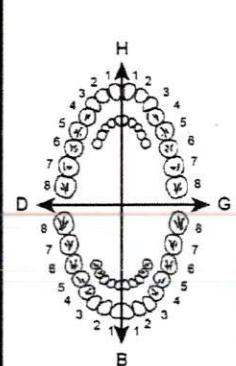
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino - Laryngologue

Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge
Exploration des Vertiges et surdités
Allergologie - Endoscopie ORL
Chirurgie cervico-faciale
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Ancienne interne du CHU Pellegrin bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية

أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض حزامة الأنف وحزامة الأذن والحنجرة و المعنق

تشخيص المرض و الدوحة

الشخص بالمنظار الداخلي

أمراض الحساسية

طبية داخلية ساقية بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبية داخلية ساقية بالمستشفى الجامعي لبوردو

26/02/2023

Mr. El Fellah Idrissou



117.00

1) Physiome 150 Syrex Compo
2 pul x 3/3 not 07

40.00

2) Effigred 20 mg 4
3 gr/1 not

119.10

3) Rivotril 0.5 mg 150
2 pul/1000 lo matin not



~~Dr. Amina BENZAOUIA
Oto-Rhino-Laryngologue
157, Route Sidi Maârouf
Tél: 0522 78 02 17~~

157, Lotissement Dandoune Sidi Maârouf, Tél : 0522780217
E-mail : benzaouiaamina@gmail.com

15
T: 276,10

4) Filteran sirop
1 cas x 3/1 Kart
40

Dr. Amin BENZOGHOUT
D-Pharm-Sidi El Mezouar
BP 18021
Casablanca
Maroc



EFFIPRED® 20 mg
PPU 400H00
EXP 10/2025
LOT 20018 19