

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0012755

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : BENZIKIS 327

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZIKIS

MINA

Date de naissance : 12/09/1955

Adresse : Résidence Nour California, 24H. APP. 4

des F. Vague

Tél. : 06.149.55.628

Total des frais engagés : 1053,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed EL FARSI
Chirurgien Urologue
Bd el Qods Rab Assafa, 11 Apt 11
404, Ain Chock, Casablanca - Tel: 0522 370 888
INPE: 141170035

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2022

Nom et prénom du malade : Ben Zekris Mous Age: 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles de l'appareil urinaire

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 : CASA

Le : 04/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

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
04/10/12	Actes S	cathole	2000.00	DR M. BAGHOUI Dentiste - Casablanca - Tel: 0522 50 60 26 N° 39 Bd Pasteur Casablanca - ANP: 141170035
04/10/12	Verso facture			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
CHARMACE BOUAFARD OULED HADDAD N° 39 Bd Pasteur Hay Krimat - CASABLANCA Tel: 0522 50 60 26	04/10/12	53,40

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
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

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

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme BEN ZIKIS MINA
Nais: 12/09/1955 NA
Entar: 04/10/2022 PAYANT
Dr. EL BAGHOU LI MCHAME
H2217240



Mme BEN ZIKIS MINA



Compte Rendu opératoire

Nme Benzikis Mina

- OMS AL , position Gynéco logique .
- introduction de cathosope
- Ablation 2g. joul.

Dr. Mohamed EL BAGHOU LI
Médecin Gynécologue
APR 11 Ain-Chock, Casablanca
Ag 1, Bd El Ouds Res Assifa, Etage 2
Tél: 0522 870 888

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : **18467 / 2022** du **04/10/2022**

ABLATION DE SONDE JJ

Nom patient **BEN ZIKIS MINA**
PAYANT

Entrée **04/10/2022**
Sortie **04/10/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ABLATION DE SONDE	1,00		2 000,00	2 000,00
Total Clinique				2 000,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE DIRHAMS	Total 2 000,00

*CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 Fax: 05 22 25 00 01 (LG)*



CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. EL BAGHOU LI MOHAMED

ABLATION DE SONDE JJ

N° : 2210040845340040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2217240	BEN ZIKIS MINA	04/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		2 000.00
PAYANT	Total	2 000.00

DEUX MILLE DIRHAMS

Reçu établi par : AMINA CA

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Nais: 12/09/1955 NA
Entr: 04/10/2022 PAYANT
DR. EL BAGHOULI MOHAME



H2217240

THE BEN ZIKIS MINA

Nais: 12/09/1955 NA



Home Benzingers Mings

15

pdh 03 jin

As

পঢ়ু ০৫জন

~~EL PAIS~~ - 22-11-98
www.elpais.com.es
Telf: 0522 870 888
Avda. de la Constitución, 28
28041 Madrid, Spain
Tel: 91 581 00 00
Fax: 91 581 00 05
E-mail: elpais@elpais.com.es

RHARMAEIE BOULEVARC
QUEEN D HADDOU
BD. QUILAHD ADDOU
HAY KIRMET - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 60 26
N° 39 BD'S.