

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

- 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



Déclaration de Maladie : N° S19-0051911

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0354 Société : EXM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

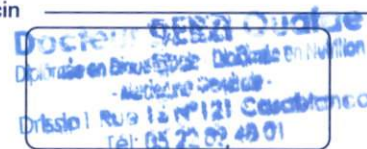
Nom & Prénom : BENZIK'S ABDALLAH Date de naissance : 12/01/62

Adresse :

Tél. : 06 44 34 2881 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/3/2023

Nom et prénom du malade : BENZIK'S ABDALLAH Age :

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

Nature de la maladie : Dia de la

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 07/3/2023

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 Paiement des Actes
07/3/2023	C		200 \$	
14/3/2023	C		lecture sur liste	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MILMA BENI EL THAM	14/03/2023	1748,00
Docteur EL PHARMACIE		
40 Drissia I - Casablanca		
Tel: 80.07.80		

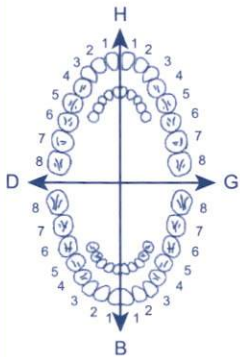
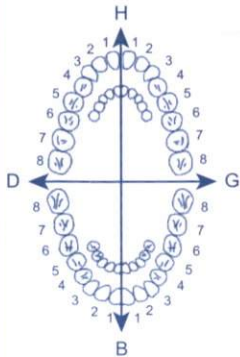
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

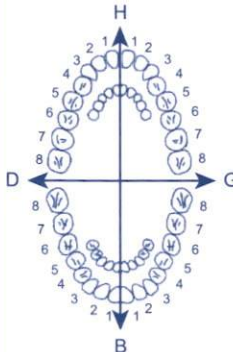
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DERZI Ouafae

DIABETOLOGIE - NUTRITION
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

CES en santé publique
Diplômé des facultés de médecine
de Toulouse et de Montpellier 1

الدكتورة الدرزي وفاء

العامية

العامية

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Casablanca, le

14/3/2023

في

Mr BEN ZIKI

Alhellah.

437.00 x4

Janumet 50/1000

1cr x 21j

x3mois.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

1748.00

Pharmacie MIMA
Mme BEN ANI ILhem
Docteur En Pharmacie
6, Rue 40 Drissia I - Casablanca
Tél: 80.07.80

Docteur DERZI Ouafae

DIABETOLOGIE - NUTRITION
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

CES en santé publique
Diplômé des facultés de médecine
de Toulouse et de Montpellier 1

الدكتورة الدرزي وفاء

طب السكري - التغذية والحمية
فحوصات عامة
الفحص بالصدى

دبلوم التخصصات في الصحة العامة
خريجة كليات الطب
بتولوز مونتبولي 1

Casablanca, le

04/3/2023

الدار البيضاء في

Note d'honoraires

Je soussignée, certifie
avoir reçu 200 Dhs
(Deux cent dirhams)
honoraires de la consultation
de Mr Benzikis Abdelhak.

Signature of Dr. Ouafae Derzi