

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



Déclaration de Maladie

N° W21-798947

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0558 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENNIS Sofia
 Date de naissance : 05/05/1983
 Adresse : N° 50, Rue 6, Sables de l'Océan 2, Dar Bouazza
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

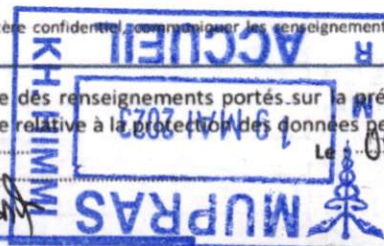
Cachet du médecin : [Stamp: Dr. Taïeb Ben Abdellah, Médecin Généraliste, 0661 08 93 77]
 Date de consultation : 05/05/2023
 Nom et prénom du malade : BENNIS Sofia Age: 40
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : [Stamp: MUPRAS, 19 MAI 2023]
 En cas d'accident préciser 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 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/05 2023 | CNP84 | | Grahl | INP : 0191805813 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 05/05/2023 | 186,30 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

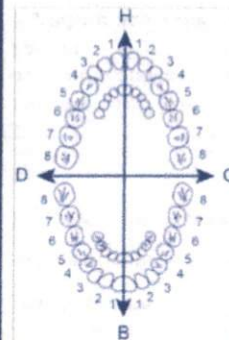
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

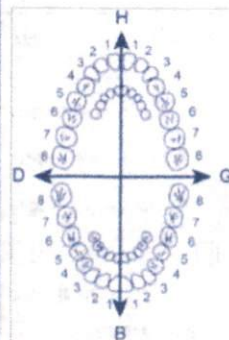
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| | | | |
|----------|----------|---|--|
| H | | | |
| 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

LOT 230100 1
EXP 12 3035
PPV 35,70



dans le Calvados

- Ex-Psychiatre à l'institut Thérapeutique
Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.)
dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre
de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R.)
dans l'Orne
- Ancien membre du réseau de l'obésité
dans l'Orne

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

الدكتور طارق

اختصاصي في الأمراض

طبيب متخصص في الأمراض النفسية
لدى

المستشفيات الفرنسية

طبيب رئيس قطب سابقاً:

قطب الأمراض النفسية و العقلية و الإدمان
بالكاليفادوس

طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية و التربوية

بلورن (سابقاً)

طبيب متخصص لدى معهد الترويضى للكبار و الأطفال

بلورن - فرنسا (سابقاً)

Casablanca, Le :

5/5/23

Dr. Bennis Sofiq

Bennis Sofiq

N° 777

150,60

SEROQUEL
Lap soin

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al acoum roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cprnt
Boîte de 60
268/16 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH
6 118001 021338

35,70

N° 776

Alpraz 0,5 mg

186,30

Lap soin

Dr. Bennis Sofiq

Dr. Youssef Hassan 1er
Psychiatre
06 61 08 93 17