

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

- Reclamation : 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 Étage 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° W21-726451

CO

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 768	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RENCHEROUN
Nom & Prénom : RENCHEROUN Mohamed			
Date de naissance : 01-07-1945			
Adresse : 106 Bo' de L'ATLANTIQUE POLO casablanca			
Tél. : 0661174798	Total des frais engagés : 193,80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Farida D'KHISY Généraliste Rés. Attacharouk Tr 5 Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage Télé: 0522712123 - Casablanca			
Cachet du médecin :			
Nom et prénom du malade : Benchehoun Mohamed Age: 76			
Date de consultation : 02/11/2023			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Appendicite ORL - Gastro-entérologie			
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 18 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) : M. Benchehoun Mohamed

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-726451
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 768
Nom de l'adhérent(e) : RENCHEROUN
Total des frais engagés : 193,80
Date de dépôt :

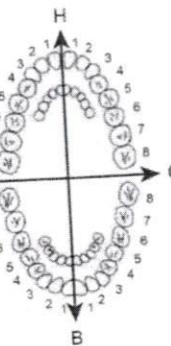
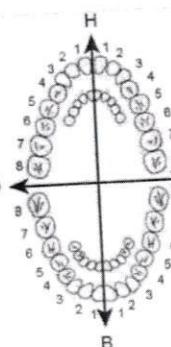
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/11/13	C.	1	G Dr.	INP : 091045186b Farida D'KHISSEY Généraliste Secteur 1 éI. 0522 1 Im. 2 - 1er Etage 715592 - Casablanca

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	

VIOLET ADHERENT

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

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 															
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
				H	25533412	21433552													
				D	00000000	00000000													
				B	00000000	11433553													
G	35533411																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

Docteur D'KHISSY Farida

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

Gynéco-Abdomen

OSTEOPATHIE

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le

02/11/2023

الدكتورة المخسي فريدة

الطب العام

الفحص بالصدى

تجسير العظام

أمراض السكري

خريجة كلية الطب بمونبولي

30.10

29.10.2

20.10.3

24.10.4

Zithromax 500 mg

19/10/2023

Fucidine pommade 14%

1 application à 21

Hydrocort 0,5% crème

1 application not et 10

osmosine 10% 10

NB: 1 cm x 2 f suiv
NB: d'en Grand Vein d'eau
jusqu'à Amélioration

PHARMACIE CALIFORNIE

ALI ALAMI

Docteur en Pharmacie

435, Bd. Panoramique Polo

Dr. Farida D'KHISSY
Généraliste

Rés. Attacharouk Tr 5
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etag
Tél: 0522.71.61.91 - Casablanca

OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium
Flacon de 260 ml

PPV
34DH00

الشارك - شارع محمد الرفراز - ق-5-م 1 - عمارة 2 - الطابق 1 - سيدى مومن - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 71 61 91
Attacharouk, Bd Med Zafzaf - TR 5 - Sect. 1 - Imm. 2 - 1er Etag - Sidi Moumen - Casablanca - Tél. : 05 22 71 61 91